

DIPHTÉRIE ET GROSSESSE

(ÉTUDE CLINIQUE)

DES INJECTIONS PRÉVENTIVES

DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES NOUVEAU-NÉS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1903.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue, le Mercredi 20 Janvier 1904, à 4 heures,

Par Bernard-Sully OLLIER

NÉ A CAUDECOSTE (LOT-ET-GARONNE), LE 24 SEPTEMBRE 1878

DIPHTÉRIE ET GROSSESSE

(ÉTUDE CLINIQUE)

DES INJECTIONS PRÉVENTIVES

DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES NOUVEAU-NÉS

MM. BRISSAUD, *Président.*

TERRIER,	}	<i>Professeurs.</i>
LANDOUZY,		
RECLUS, <i>Agrégé.</i>		



PARIS

CHARLES JARLOT, ÉDITEUR

39, BOULEVARD SAINT-MICHEL, 39

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	POIRIER
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	GILBERT.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des mal. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique.	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOU-	LEPAGE.	THIERY.
BESANÇON.	RETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MERY.	Vaquez.
BROCA (André).	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CHASSEVENT.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, Chef des	
DUPRÉ.	LEGRY.	Trav. anatom.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A mes Maîtres,

A mes Amis.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

*Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris,*

Membre de l'Académie de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

Accoucheur adjoint à la Maternité.

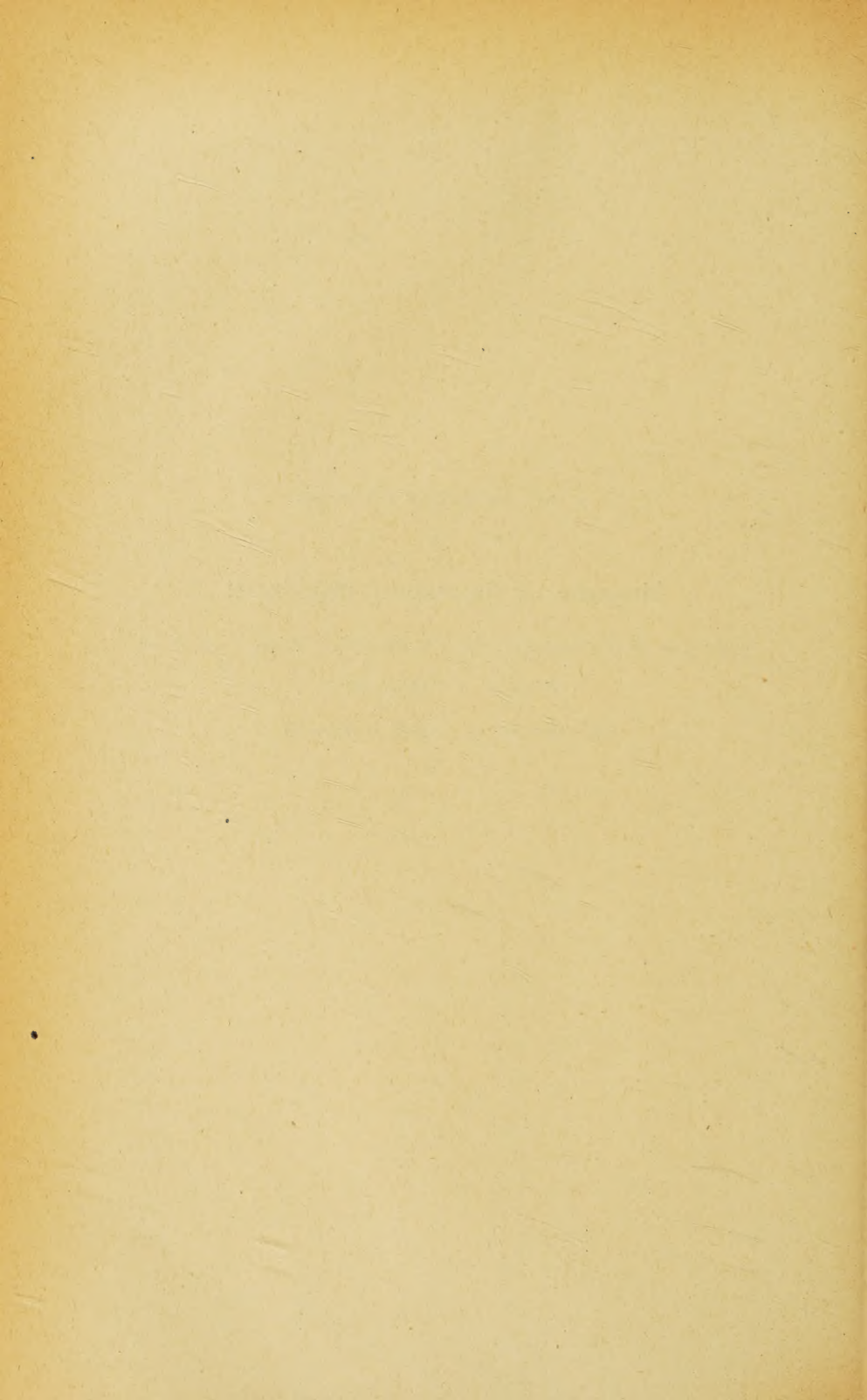
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,

Chevalier de la Légion d'Honneur.



INTRODUCTION

Au commencement du mois de mars 1903, on observa, à l'asile de femmes enceintes de la Ville de Paris, l'Asile Michelet, deux cas de diphtérie mortelle.

L'administration de l'Assistance publique fit alors savoir à la direction de l'Asile Michelet qu'elle ne voulait plus recevoir dans ses maternités, les femmes enceintes de l'asile qui, ordinairement, étaient transportées dès le début du travail à la Maternité.

Il fallut donc installer au pied levé un service d'accouchements prêt à fonctionner le plus vite possible et cela avec un personnel notoirement insuffisant. Il fallut ensuite enrayer aussi rapidement que possible cette épidémie de diphtérie qui menaçait.

On examina toutes les pensionnaires de l'Asile. M. le Dr Potocki, notre maître, médecin chef, fut aidé dans cette tâche par M. le Dr Martin, de l'Institut Pasteur. On examina donc les gorges de toutes les

femmes. Celles qui présentaient un certain degré d'inflammation ou qui avaient des exsudats de nature suspecte donnèrent lieu à des examens bactériologiques. On fit aussi desensemencements. Nous n'avons pas pu malheureusement nous procurer le résultat de ces recherches, mais nous savons que chez plusieurs femmes on trouva des bacilles courts, et chez quelques-unes seulement des bacilles longs.

Après avoir pris les précautions ordinaires commandées par les règles de l'hygiène, et craignant une épidémie grave dans une agglomération de cent cinquante femmes, M. Potocki et M. Martin pratiquèrent, le 8 mars, des injections préventives de sérum antidiphtérique à la dose de 10 centimètres cubes. Les enfants à leur naissance reçurent, eux aussi, une injection de 3 centimètres cubes du même sérum.

Les résultats furent ceux que l'on attendait, car on n'observa plus depuis cette pratique un seul cas de diphtérie.

Nous avons cru voir dans ces faits la matière de notre thèse inaugurale. Sur les conseils de notre maître M. le D^r Potocki, nous avons recherché l'opinion des auteurs sur les rapports de la diphtérie et de la grossesse. Nous avons trouvé un certain nombre d'observations dont quelques-unes nous ont été communiquées directement et qui sont absolument inédites.

Nous étudierons dans notre travail, après avoir reproduit les observations que nous avons retrouvées :

- 1^o L'influence de la grossesse sur la diphtérie ;
- 2^o L'influence de la diphtérie sur la grossesse ;

- 3° La diphthérie pendant les suites de couches ;
- 4° L'influence de la diphthérie de la mère sur le produit de conception ;
- 5° Le traitement ;
- 6° La prophylaxie. Dans ce chapitre, après avoir exposé aussi brièvement que possible ce qui fut fait à l'asile Michelet, nous essayerons de tirer quelques conclusions pratiques.

*
* *

Avant d'aborder notre sujet, nous voulons exprimer à nos maîtres notre profonde reconnaissance.

Nous prions M. le D^r Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec, M. le D^r Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, M. le D^r Arrou, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, M. le D^r Monod, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, M. le D^r Potocki, professeur agrégé de la Faculté, accoucheur-adjoint de la Maternité, M. le professeur Brissaud, M. le professeur Pinard, d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Ils nous ont appris le peu que nous savons, mais ils nous ont aussi, par leur exemple, donné les plus hautes leçons. Nous avons appris ainsi les égards que le médecin doit à ses malades ; nous avons vu comment il faut savoir souffrir moralement le mal que le malade souffre pour pouvoir du moins le consoler quand on ne peut pas le guérir. .

Le souvenir de nos maîtres nous sera toujours précieux : nous le rappellerons souvent, et nous tâcherons de prendre comme exemple leur bonté, leur dévouement, leur probité, leur indulgence pour les autres, leur sévérité pour eux-mêmes.

Nous devons aussi une grande reconnaissance à ceux qui nous ont prodigué leurs conseils, à ceux qui nous ont prodigué leur appui moral et matériel, qui nous ont honoré de leur confiance, qui nous ont jugé digne de leur amitié.

HISTORIQUE

On a étudié avec un véritable luxe de détails, les rapports de presque toutes les maladies aiguës ou chroniques avec la grossesse et la puerpéralité : La diphtérie est une des rares maladies qu'on a laissées dans l'ombre à ce point de vue. On ne trouve en effet dans la littérature médicale que très peu d'observations sur ce sujet, et Vinay, dans son *Traité des maladies de la grossesse*, paru en 1894, dit n'avoir trouvé en tout que dix observations. On ne doit donc pas s'étonner si, étant donné le peu de matériaux dont on disposait, des études n'aient pas été faites sur ce sujet : on ne pouvait pas, d'un si petit nombre de faits, établir des conclusions scientifiques, conformes à la réalité.

En France, l'observation la plus ancienne de diphtérie compliquant la grossesse est, semble-t-il, celle de Duchenne de Boulogne. Elle parut dans la 2^e édition de son livre : *De l'Électrisation localisée* (1872). Elle

n'est d'ailleurs cité par lui que d'une façon tout à fait incidente, et n'est suivie d'aucune conclusion au point de vue qui nous occupe.

L'observation de Braxton Hicks parue dans le *Guy's Hospital Reports* en 1871 n'est pas une observation de diphtérie compliquant la grossesse, mais plutôt une observation de diphtérie localisée aux organes génitaux et survenant chez une femme qui avait avorté « spontanément » quelques jours auparavant.

On trouve encore dans la littérature étrangère quelques autres observations : celles de Pallen, Wright, en Amérique, de Sochaff en Russie, de Underhill en Angleterre. De même en France, Avezou (1876), Guéneau de Mussy (1878), observent et publient quelques cas de diphtérie puerpérale.

Le premier mémoire sur ce sujet est dû à Ollivier et fut présenté à l'Académie de Médecine le 18 septembre 1883.

Et ce qui prouve bien que la question qui nous occupe avait fait peu de bruit est que Ollivier ne connaissait qu'une observation antérieure à la sienne, celle de Duchenne de Boulogne. Ollivier, à propos de son observation discute la pathogénie des avortements au cours de la diphtérie. Ce n'est pas, dit-il, la température élevée qui en est cause comme dans la plupart des autres maladies aiguës, car la diphtérie évolue ordinairement sans grande élévation de température. Il incrimine alors l'état du sang « qui a une coloration brune et colore les doigts comme la sépia », et il termine en disant que la diphtérie, grave par elle-

même, peut acquérir chez la femme enceinte une plus grande gravité encore du fait des avortements qu'elle peut entraîner.

Ce n'est qu'en 1890, dans une société médicale de Lyon, que nous voyons reparaitre la question. A propos de la communication de M. Durand (obs. VIII) à cette société, on voit d'autres membres de cette société se souvenir de certains cas qu'ils ont eu l'occasion d'observer dans leur pratique. Et ce fait montre bien que les observations qu'on peut retrouver dans la littérature médicale, ne sont qu'une faible partie de la réalité, qu'un grand nombre de cas, toujours plus considérable que celui qu'on peut connaître, pourrait, s'il était mis en lumière, faire varier dans d'appréciables proportions les conclusions données par les auteurs. Quoi qu'il en soit, il ne sortit de cette discussion aucun éclaircissement sur la question et il ne nous en reste que les trois observations qui furent communiquées à cette occasion.

Dans son livre des Maladies de la grossesse paru en 1894, Vinay consacre deux pages à l'étude des rapports de la grossesse et de la diphtérie. Il résume les dix observations qu'il a pu recueillir, et, après avoir donné une monographie très courte que nous reproduirons du reste en partie, il conclut que, en somme, la diphtérie, tout en ayant une plus grande gravité chez la femme enceinte, évolue chez elle avec la même physionomie que chez l'adulte en général.

Jusqu'en 1900 nous ne trouvons aucun document nouveau. A cette époque M. Auderodias soutient

devant la Faculté de Bordeaux une thèse remarquable ayant pour titre : « Diphtérie et Gravidisme ». Il reprend toutes les observations connues jusqu'à ce jour, et en ajoute quatre qui lui sont personnelles. Outre cette étude clinique, sa thèse contient une étude expérimentale, et on peut dire que son travail constitue le premier travail sur cette question. Nous ferons du reste à cette thèse de très larges emprunts.

Il faut signaler aussi, et à la même époque, une observation anglaise due à Steen, et plus tard, en 1903, une observation très complète et très intéressante due à deux médecins de Bordeaux, MM. Chambrelent et Micheleau.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Duchenne de Boulogne. — *De l'Electrisation localisée* (1872).

ANGINE DIPHTÉRIQUE

PARALYSIE DU VOILE DU PALAIS — AVORTEMENT — MORT

Il s'agit d'une femme de 21 ans, enceinte de trois mois, qui, à la suite d'un refroidissement, fut prise d'une angine couenneuse.

Le 16^e jour à partir du début de la maladie, survint une paralysie du pharynx rendant la déglutition difficile.

La malade commençait à recouvrer ses forces, lorsque le 27^e jour elle fit un avortement.

Le travail avait été régulier, n'avait provoqué aucune hémorrhagie; néanmoins, il fut suivi de troubles graves de la circulation et de la respiration que Duchenne chercha à combattre pendant plusieurs jours au moyen de la faradisation cutanée et qui finirent par emporter la malade.

OBSERVATION II

Avezou (*Société anatomique*, 21 janvier 1876).

CROUP CHEZ UNE FEMME ENCEINTE

TRACHÉOTOMIE — MORT PAR HÉMORRHAGIE INTRA-BRONCHIQUE

Une femme de 33 ans, d'une forte constitution et enceinte de six mois et demi, entre le 16 janvier 1876 dans le service

de M. Labbé, à la maison de santé, pour une affection de la gorge datant de 15 jours. La respiration est très gênée, il y a menace de suffocation, la face et les extrémités sont cyanosées, la voix absolument éteinte, on ne voit pas de fausses membranes.

Anesthésie très prononcée. M. Marc Sée pratique la trachéotomie. Pendant l'opération il y a menace de syncope. L'incision des couches profondes ne donne pas beaucoup de sang. Après l'ouverture de la trachée, la malade expulse un lambeau de fausse membrane très étroit, mais long de 7 à 8 centimètres.

Le soulagement est d'abord très évident, mais après l'introduction de la canule, une hémorragie assez abondante se fait entre la canule et la partie inférieure de la plaie. Du sang s'échappe aussi par la canule. Après de grands efforts, la malade rejette par la canule un second lambeau de fausse membrane. L'hémorrhagie diminue graduellement. Elle cesse au bout de dix minutes, et une demi-heure après la trachéotomie, la malade respire librement. Le reste de la journée se passe bien; vers minuit, la face se décolore subitement, et la malade meurt en rejetant du sang par la canule. .

A l'autopsie, une dissection attentive de la plaie du cou, faite par M. Sée, montre qu'aucune artère même de petit volume n'a été divisée. Les veines du corps thyroïde sont très développées et l'on peut supposer que l'hémorrhagie, bien que secondaire, a dû être veineuse.

Le larynx est fortement oedémateux. Les bronches sont remplies de sang, les poumons sont complètement sains.

Adhérences nombreuses du péricarde, traces d'endo-péricardite ancienne. Foie et reins ramollis, ceux-ci très congestionnés et presque diffluents.

OBSERVATION III

Michel (*Bulletin de la Société anatomique*, 1876).

DIPHÉTÉRIE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE — AVORTEMENT (?)

M. Michel montrait à la Société anatomique « deux fausses membranes tubulées longues de plus de 10 centimètres et ramifiées à leur extrémité comme la bronche qu'elles obstruaient. El les ont été rendues par une femme qui bientôt avortait (au 8^e mois de sa grossesse). L'enfant est vivant et n'offre aucune trace de diphtérie. »

OBSERVATION IV

Guéneau de Mussy (*Gazette des Hôpitaux*, 1878, p. 665).

GROUP D'EMBLÉE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE
TRACHÉOTOMIE — GUÉRISON

Il s'agit d'une femme de 23 ans, qui entre en janvier 1898 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'occasion d'une aphonie qu'un état marqué d'hystérie expliquait très suffisamment. Cette aphonie durait depuis 15 jours environ. La malade n'avait pas de fièvre, pas d'oppression; elle ne toussait pas, elle ne souffrait pas de la gorge et on ne trouvait ni rougeur, ni rien d'anormal dans l'arrière-bouche. Jusqu'au 10 janvier environ, il en fut ainsi. Mais à ce moment, la scène changea. Il y avait alors dans le même service, non loin de la malade, un enfant, encore à la mamelle et qu'on n'avait pas isolé suffisamment.

Par contagion, la malade fut atteinte de diphtérie. Le 10 janvier, à la visite, on constata chez elle de la dyspnée avec tirage, symptômes qui allèrent en augmentant le lendemain. Le soir du 11 et dans la nuit suivante, il y eut une douzaine d'accès de suffocation des plus violentes. Le len-

demain, cette femme semblait agonisante. On pratiqua d'urgence la trachéotomie sans en attendre un grand résultat.

Aussitôt après l'opération, puis le surlendemain, puis au bout de quatre jours, il y eut rejet de fausses membranes longues, tubulées, présentant des ramifications qui répondaient aux premières bronches. La malade restait toujours très oppressée, d'autant plus que l'on constatait dans toute l'étendue de la poitrine l'existence d'une bronchite intense.

Vers la fin de janvier, on s'aperçut que la diphtérie envahissait les lèvres de la plaie. On dut recourir, pour s'en rendre maître, à des cautérisations répétées que l'on pratiqua à l'aide du cautère Paquelin. Enfin, au bout d'une huitaine de jours, la plaie reprit un bon aspect, et l'on cessa l'emploi du fer rouge.

Il y avait déjà quelque temps que la malade n'avait pas rendu de fausses membranes mais son oppression restait telle, par suite de la bronchite qui persistait toujours, que l'on n'avait pas retiré la canule. On la changea pour une autre construite de manière à permettre, quand la malade le voulait, le passage de l'air sur les cordes vocales, et par conséquent la phonation. Cette canule ne fut retirée que dans le courant du mois de mars.

Cependant on avait noté un phénomène que la diphtérie ni la bronchite n'expliquaient pas suffisamment. La malade avait des maux de cœur et vomissait. Un instant on eut l'idée que ces vomissements pouvaient tenir à l'adénopathie bronchique. Et, en effet, il existait un développement assez considérable des ganglions bronchiques à droite, ainsi que le montrait la matité trouvée de ce côté du sternum. L'explication réelle de ces vomissements ne tarda pas à être découverte. La malade n'était pas réglée et on reconnut *qu'elle était enceinte de plusieurs semaines* lorsqu'elle était entrée à l'hôpital.

La plaie de son cou était lente à se fermer, et le 3 mai, se trouvant bien du reste, cette femme obtint sa sortie avant la complète cicatrisation de sa plaie.

Mais dès le lendemain elle revint, ne se trouvant pas assez forte pour aucun travail. Au moment où l'observation est publiée, la malade est couchée au n° 2 de la salle Sainte-Madeleine. La grossesse se continue sans incident, elle est arrivée au septième mois. Il n'existe plus ni bronchite, ni oppression; cependant dans les grands mouvements d'inspiration on peut constater un peu de tirage, indiquant un certain degré de rétrécissement des voies aériennes, probablement au niveau de l'ancienne plaie.

OBSERVATION V

A. Ollivier. — *Archives générales de médecine*,
Paris, 1883, II, p. 385.

ANGINE DIPHTÉRIQUE — AVORTEMENT
PARALYSIE DU VOILE DU PALAIS — ASPHYXIE IMMINENTE
TRACHÉOTOMIE — MORT

La nommée B..., âgée de 23 ans, domestique, entre le 14 juillet 1883 à l'hôpital Saint-Louis.

Voici les renseignements que cette femme donne à son entrée : l'affection a débuté le 10 juin par un léger mal de gorge; la déglutition est un peu douloureuse; le mal s'est aggravé progressivement, mais sans fièvre.

Le 13, la malade consulte un pharmacien, qui ayant reconnu l'existence de « peaux » dans la gorge, administre un vomitif.

Le 14, état à son entrée : des fausses membranes d'un blanc jaunâtre recouvrent la paroi postérieure du pharynx et les piliers postérieurs du voile du palais. Elles sont épaisses et très adhérentes. Rien sur les amygdales ni sur la luette; salivation abondante, engorgement sous-maxillaire localisé

du côté gauche et constitué par trois ou quatre ganglions tuméfiés.

Les narines présentent du jetage. A l'auscultation de la poitrine on n'entend pas de bruits anormaux. La respiration est facile.

L'examen des urines ne révèle aucune trace d'albumine.

Depuis le début de l'affection notre malade n'a pris chaque jour qu'un peu de lait, elle ne pouvait s'alimenter à cause de la douleur occasionnée par la déglutition. A cette douleur s'est joint depuis deux jours un dégoût absolu pour les aliments.

Le 15, les fausses membranes se sont étendues; elles forment deux bandes qui se dirigent en haut, suivant le bord libre du voile du palais, et se terminent à la base de la luette sans recouvrir cette dernière. Sur la paroi du pharynx elles descendent si bas qu'il n'est plus possible de distinguer leur limite.

Le nez est très oedématié et très augmenté de volume; il est obstrué par des fausses membranes. Jetage très abondant. La respiration est un peu gênée. L'inspiration est lente et pénible; râles humides disséminés dans la poitrine. Depuis la nuit dernière céphalalgie frontale très intense, sueurs profuses, refus absolu de toute nourriture.

Traitement: Ipéca stibié, puis irrigations pharyngées toutes les deux heures avec une solution de salicylate de soude à 3 p. 1000, application de jus de citron, potion avec extrait de quinquina 5 grammes. Plus tard, pulvérisations phéniquées deux fois par jour (appareil de Lucas-Championnière).

Le 16, même état local; l'état général s'aggrave: grande faiblesse, pâleur de la face, cyanose des lèvres et des extrémités. La malade se plaint d'avoir froid et demande des couvertures.

La respiration est plus fréquente qu'hier; à l'auscultation,

on constate que les râles sont devenus beaucoup plus nombreux aux bases des poumons. La voix est affaiblie. Temp. axill. : 38°4.

Le 17, dans la nuit, la malade a une perte. D'après son dire, elle était à l'époque de ses règles qui seraient venues régulièrement le mois dernier. Elle eut la force de se lever pour aller aux cabinets, où elle rendit un certain nombre de caillots dont quelques-uns étaient très volumineux. Malheureusement ces caillots ont été jetés avant notre arrivée à l'hôpital.

Le jour de son admission, on avait constaté l'existence d'une tumeur arrondie remontant environ à un ou deux travers de doigt au-dessus du pubis. La malade, questionnée au point de vue d'une grossesse, avait répondu par des dénégations absolues. Ce matin la tumeur n'existe plus, et on sent, au niveau du pubis, une petite masse globuleuse, dure, qui présente tous les caractères de l'utérus après l'accouchement.

Les fosses nasales sont complètement obstruées par les fausses membranes qui se laissent détacher facilement sous la forme de tubes complets. Temp. axill. 38°4 le matin, 38°6 le soir.

Le 20, la malade a rejeté une fausse membrane formant un tube complet d'une longueur de 5 centimètres environ et permettant l'introduction de l'index. La respiration est plus aisée, même état de la gorge; un peu de paralysie du voile du palais; voix nasonnée et presque éteinte, retour des aliments par le nez. La malade demande à manger.

Temp. axill. 39°2 le matin, 39°2 le soir. Hier temp. 37°8 le matin, 36° le soir.

Le 22, état général très grave. Aphonie, toux aboyante, oppression extrême; à l'auscultation, on perçoit à l'expiration un véritable bruit de drapeau; en divers points, le murmure vésiculaire a complètement disparu.

Temp. le 21 au matin 40°, le soir 38°, le 22, 39°4, le matin. L'administration d'une nouvelle dose de tartre stibié n'amène aucun vomissement, mais seulement quelques selles diarrhéiques.

A midi, premier accès de suffocation, asphyxie, mais la trachéotomie est différée parce que, après cet accès, la respiration redevient un peu plus calme.

Dans l'après-midi, l'asphyxie augmente, tirage abdominal et sus-sternal.

A 4 heures, second accès de suffocation.

A 4 heures et demie du soir, trachéotomie, qui amène un peu de soulagement.

Le 23, 5 heures du matin, mort par collapsus, sans autres phénomènes.

Autopsie. — Le larynx, la trachée et les bronches, sont recouverts de fausses membranes, d'un blanc rougeâtre. Au niveau du larynx, elles sont ramollies, putrilagineuses et se détachent sous forme de magma. Dans les bronches, elles forment encore des tubes membraneux blanchâtres, parfaitement cylindriques.

Les deux lobes inférieurs des poumons sont compacts et assez consistants. A la coupe il s'écoule une grande quantité de liquide spumeux sanguinolent, le tissu pulmonaire crépite peu. Il surnage néanmoins dans l'eau.

Le cœur est petit, ses orifices sont sains. Dans le cœur droit, caillots blanchâtres formant de véritables membranes qui tapissent le ventricule. Le foie, la rate et les reins sont congestionnés.

L'utérus est volumineux (hauteur 12 centimètres, largeur à la base 10 centimètres). Il est dur, ses parois sont épaisses, et sur sa face interne, on voit des débris de placenta encore adhérents.

OBSERVATION VI

Heygate. — *The Lancet*, 17 décembre 1887, p. 1252.

ANGINE DIPHTÉRIQUE PENDANT LA GROSSESSE — TRACHÉOTOMIE
MORT

En septembre dernier, une femme enceinte de sept mois et demi vint à ma consultation avec une diphtérie bien marquée. La luette et les deux amygdales étaient recouvertes par des fausses membranes caractéristiques. Elle était très faible.

Deux jours après, j'étais prévenu que les symptômes s'aggravaient. Comme j'étais retenu auprès d'un malade, ce fut un confrère qui vit cette femme pour moi. Il dut pratiquer rapidement la trachéotomie, mais la malade mourut le même soir.

OBSERVATION VII

Korotkewitch. — *The Lancet*, 1887, p. 1183.

ANGINE DIPHTÉRIQUE PENDANT LA GROSSESSE — ACCOUCHEMENT
A TERME — GUÉRISON

Le Dr Korotkewitch rapporte, dans le *Russkaya méditsina*, le cas d'une paysanne qui fut atteinte de diphtérie au cinquième mois de sa grossesse au cours d'une épidémie qui sévissait alors. Un de ses enfants succomba à la suite de cette affection. Elle fut traitée par des applications locales d'acide salicylique et benzoïque, et se rétablit au bout de 9 jours de traitement. Elle accoucha à terme d'un enfant magnifique.

OBSERVATION VIII

Durand. — *Lyon Médical*, juin 1890.

DIPHTHÉRIE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE — TRACHÉOTOMIE
GUÉRISON

Il s'agissait d'une femme de 34 ans qui, arrivée au 6^e mois de sa grossesse, fut atteinte de diphtérie. Au bout de quelque temps, des phénomènes asphyxiques étant survenus, la trachéotomie fut pratiquée. Quelque temps après, des fausses membranes se détachèrent et furent expulsées; les résultats en furent très favorables. La malade sortit guérie de l'hôpital sans avoir vu sa grossesse interrompue par la maladie ou par le traitement.

OBSERVATION IX

Rabot. — *Lyon Médical*, juin 1890.

DIPHTHÉRIE PENDANT LA GROSSESSE — AVORTEMENT

A propos de la communication précédente, M. Rabot cite le fait suivant : il a soigné une femme enceinte qui a guéri très bien d'une angine diphtérique mais qui avorta pendant la convalescence de la maladie.

OBSERVATION X

Bard. — *Lyon Médical*, juin 1890.

GROUP CHEZ UNE FEMME ENCEINTE — TRACHÉOTOMIE
MORT PENDANT L'OPÉRATION

Toujours à propos de la communication de M. Durand, M. Bard cite un fait personnel :

Pendant qu'il était interne à la Charité, il a vu une femme enceinte de la clinique de M. Bouchacourt qui, trachéotomisée pour un croup par M. Fochier, succomba pendant l'opération.

OBSERVATION XI

Underhill (*Obs. Journal of Great Britain and Ireland*, 1880 vol. VIII, p. 233).

DIPHTÉRIE PENDANT LA GROSSESSE — GUÉRISON ACCOUCHEMENT A TERME

Femme arrivée au 6^e mois de sa grossesse, sans aucun incident. A ce moment, elle contracte la diphtérie. Celle-ci affecte une allure maligne. Cependant, malgré la gravité de l'affection, la malade guérit sans qu'il y ait eu le moins du monde tendance à la fausse couche. Elle accoucha d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION XII

Underhill (*Loc. cit.*).

DIPHTÉRIE A LA FIN DE LA GROSSESSE — TRACHÉOTOMIE ACCOUCHEMENT — MORT

Femme arrivée au 9^e mois de sa grossesse, en excellente santé. A ce moment, elle eut une angine diphtérique qui se compliqua de diphtérie laryngée et nécessita la trachéotomie. Les douleurs apparurent pendant l'opération et la malade accoucha d'un enfant qui ne tarda pas à succomber. Elle-même mourut le lendemain de sa délivrance. Underhill fait remarquer qu'il n'y avait pas le moindre signe de travail jusqu'au moment de l'opération.

OBSERVATION XIII (*Résumée*)

Andérodias (Thèse de Bordeaux, 1900).

DIPHTÉRIE PENDANT LA GROSSESSE
INJECTION DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE — GUÉRISON
ACCOUCHEMENT A TERME

Madame Laf..., 29 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-André, le 24 janvier 1899, pour une angine, dans le service de M. le Dr Rondot.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Antécédents personnels : passé physiologique normal.

Jamais de maladies graves.

Première grossesse : il y a 4 ans, terminée par un accouchement à terme d'un enfant actuellement vivant et bien portant. Grossesse actuelle : dernières règles au mois de juillet 1898.

Vers la fin du mois de décembre, elle soigne sa maitresse atteinte d'une angine à forme bénigne.

Pendant la première quinzaine du mois de janvier, la femme se sent faible; elle a la fièvre de temps en temps; le 16, elle sent dans la gorge une gêne légère en avalant sa salive; bientôt elle sent une douleur plus vive occasionnée par les mouvements de déglutition.

Le 21, se sentant plus fatiguée, elle fait appeler un médecin qui trouve la gorge tapissée de fausses membranes assez épaisses, tout à fait identiques à des membranes diphtériques. Sans attendre le résultat d'un examen bactériologique, il fait à la malade une injection de 0,20 cc. de sérum antidiphtérique et ordonne son transfert immédiat à l'hôpital Saint-André.

A l'examen à l'entrée, on trouve la femme fatiguée. La respiration est difficile, la voix nasonnée. La malade

montre un lambeau de fausse membrane qu'elle a expulsé spontanément en se mouchant. L'haleine est fétide.

Temp. 38, : pouls : 102.

A l'examen du fond de la gorge, on voit des fausses membranes partant des parties latérales de la luette et suivant de là, de chaque côté, les bords du pilier antérieur du voile du palais. Ces fausses membranes grisâtres, sales, sont très adhérentes. La narine gauche est obstruée par un exsudat membraneux de même nature.

Dès son arrivée à l'hôpital, le traitement par le sérum antidiphtérique est appliqué, ainsi que les attouchements avec une solution faible de sublimé. On fait un ensemencement qui donne raison au diagnostic de diphtérie primitivement posé.

Du 21 au 31 la maladie a reçu 40 cc. de sérum de Roux en 3 fois. Pendant toute cette période, la malade allait de mieux en mieux, était même près de la guérison lorsque se déclara, le 31, un érysipèle de la face. Pendant toute la durée de l'évolution de la diphtérie, on n'avait rien vu de particulier du côté de l'utérus gravide.

Températures et pouls notés : le 23, temp. 38° 3, pouls 108 ; le 25, temp. 37° 9 ; le 31, temp. 38° 4. Pouls fréquent, début d'érysipèle.

La grossesse continua de même pendant toute la durée de l'érysipèle, c'est-à-dire du 1^{er} février au 20 mars environ. Cet érysipèle primitivement localisé à la face s'est généralisé et a occupé successivement la nuque, le dos, les membres inférieurs, et s'est compliqué à maintes reprises d'abcès qu'on dut inciser. Le traitement adopté en la circonstance a consisté en des injections de sérum anti-streptococcique de Marmoreck qu'on lui fit pendant sa maladie presque journellement.

Un autre symptôme relevant de la diphtérie se montra dans l'intervalle : un léger degré de paralysie du voile du

palais. On fit à la malade deux nouvelles injections de 10 cc. de sérum antidiphthérique, et tout était rentré dans l'ordre lors de l'accouchement qui eut lieu le 28 mars.

L'accouchement fut normal. L'enfant, une fille de près de 3 kilogrammes, était bien constituée. Les suites de couches furent normales, et quelques jours après la malade put quitter l'hôpital.

L'observation ajoute que la mère se rétablit complètement dans la suite et qu'elle eut une nouvelle grossesse conduite à terme dans des conditions exceptionnellement favorables.

OBSERVATION XIV

Andérodias (Thèse de Bordeaux 1900).

DIPHTHÉRIE PROLONGÉE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE
INJECTION DE SÉRUM — GUÉRISON

L... (Marie), 32 ans, cuisinière, entre le 30 octobre 1899 à l'hôpital Saint-André parce qu'elle souffre de la gorge depuis quelques jours.

Les antécédents héréditaires ne présentent pas d'intérêt, mais les antécédents personnels dénotent un passé pathologique assez chargé.

Physiologiquement, elle paraît avoir été normale. Marche à 14 mois, règles à 14 ans, régulières depuis pendant 5 à 6 jours, mais avec des douleurs, parfois assez violentes pour l'obliger à garder le lit.

Au point de vue pathologique, elle a eu à 13 ans, la scarlatine qui dura 2 mois, sans complication; à 21 ans, une éruption de variole discrète; à 29 ans, elle suivit à l'hôpital Saint-André un « traitement tonique et antibacillaire »; à 31 ans, poussée de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, soignées à l'hôpital Saint-André.

La malade est une secondipare. Son premier accouchement fut assez étrange; elle accoucha debout, presque sans douleurs, mais elle eut dans la suite, et pendant près de 3 mois un prolapsus de l'utérus.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 6 au 10 mars. Évolution de la grossesse normale.

C'est vers le 15 octobre, vers le terme de six mois et demi environ, qu'on peut faire remonter le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital. Elle avait de la difficulté à avaler, sa gorge était sèche, elle avait un peu de fièvre. Au lieu de s'amender, ces phénomènes n'ont fait que s'accroître, et elle entre à l'hôpital.

À son entrée, on constate au niveau du cou un gonflement assez considérable empiétant un peu du côté droit sur la région parotidienne. La palpation qui est douloureuse révèle l'existence des ganglions qui roulent sous le doigt.

La gorge est tapissée de fausses membranes adhérentes.

On fait une injection de 20 cc. de sérum de Roux, mais l'examen bactériologique est négatif au point de vue de la diphtérie. Cependant, l'état de la malade ne s'améliorant pas, on fait un nouvel examen qui cette fois est positif : on trouve du bacille long.

Temp. à l'entrée 37° 6, pouls « excellent ».

La guérison de cette diphtérie fut longue. Malgré de nombreuses injections de sérum (150 cc. de sérum en 11 injections), les fausses membranes restèrent adhérentes pendant longtemps, et ce ne fut que un mois après environ qu'on put considérer la malade comme guérie.

Pendant toute la durée de la maladie on ne remarqua aucun phénomène du côté de l'utérus gravide.

Température et pouls notés : du 1^{er} au 12, pas de température; le 13, temp. 38° 4; du 14 au 24, temp. 37°; le 24, temp. 38°; le 27, temp. 38° 2; pouls 110. Depuis on ne trouve aucune indication, quant au pouls et à la température.

L'accouchement n'eut lieu que le 31 décembre, c'est-à-dire à terme. Il fut normal. L'enfant bien constitué pesait 2 kilogr. 880, et l'examen des annexes du fœtus ne présentait rien de particulier.

Les suites de couches furent normales, et la malade quittait l'hôpital le 13 janvier avec son enfant qu'elle allaitait.

OBSERVATION XV

Andérodias (Thèse de Bordeaux 1900).

DIPHTHÉRIE PENDANT LA GROSSESSE — INJECTION DE SÉRUM
GUÉRISON — ACCOUCHEMENT A TERME

Une femme enceinte de 6 mois environ entre à l'hôpital Saint-André dans le courant de 1896, dans le service du Dr Lande. Elle est atteinte de grippe.

A la suite d'un traitement approprié, la malade allait beaucoup mieux lorsqu'elle commença à souffrir de la gorge de manière à ne pouvoir avaler que des aliments liquides. Deux jours après apparaissaient des fausses membranes au niveau des amygdales et de la paroi postérieure du pharynx. L'examen bactériologique démontra la présence de bacilles de Klebs-Löffler.

La présence depuis quelques jours, dans le service, d'une autre malade atteinte d'angine diphthérique fit penser que l'infection venait de la salle même.

Des injections de sérum antidiphthérique furent faites. La femme guérit et n'avorta pas.

Elle revint quelque temps après accoucher à terme dans le service de la clinique d'accouchements de l'hôpital Saint-André.

OBSERVATION XVI (*résumée*).

Mongour. — (In thèse de Andérodias).

DIPHTÉRIE PENDANT LA GROSSESSE
INJECTION DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE — GUÉRISON
ACCOUCHEMENT A TERME

M^{me} Marie-Madeleine M..., 28 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires sans intérêt,

Antécédents personnels : Plusieurs fièvres éruptives (varicelle, rougeole, scarlatine), dans la première enfance. A 12 ans rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques. Dans la suite chorée de Sydenham.

Réglée à 13 ans et depuis régulièrement.

3 grossesses antérieures.

La première terminée par un accouchement à terme, application de forceps, enfant vivant mort à 3 mois de diarrhée infantile.

2^e grossesse en 1890, accouchement spontané à terme d'un enfant vivant bien portant.

3^e grossesse, en 1893, terminée aussi favorablement.

Toutes ces grossesses ont été pénibles surtout dans leur première moitié. Vomissements. La malade était obligée de garder le lit ou la chaise longue depuis le 2^e mois jusqu'au cinquième. A partir de ce moment, elle était mieux et pouvait se lever.

Le 13 avril 1897, étant enceinte de deux mois environ, elle eut une angine caractérisée par de la gêne à la déglutition, des nausées, un peu de fièvre. Un médecin diagnostiqua une angine simple, bénigne.

Le 15, l'état de la malade étant devenu plus grave, le médecin reconnut son erreur et diagnostiqua une angine couenneuse diphtérique. Il ne fit d'injection de sérum

que le 17. L'état de la malade était alarmant, elle avait du délire.

Le 18, le Dr Mongour vit la malade. Il confirma le diagnostic de diphtérie, constata des fausses membranes sur la luvette et le voile du palais ainsi qu'une plaque de sphacèle sur une amygdale. L'haleine était fétide et répandait une odeur gangréneuse.

Les ganglions de la région cervicale présentaient de chaque côté un engorgement considérable.

L'état général était mauvais, sans toutefois entraîner un pronostic fatal. Pouls à 110.

Dans la journée du 18 on fit une injection de 0,20 cc. de sérum antidiphtérique. On en fit d'autres les jours suivants, de 0,10 cc. chacune. En tout la malade reçut 0,60 cc. de sérum.

Le 19, les fausses membranes avaient disparu.

Mais la convalescence fut longue. La guérison complète ne fut atteinte que vers le 25 septembre.

A ce moment, la malade, qui n'avait pas vomi pendant sa diphtérie, se remit à vomir, mais ces vomissements furent peut-être moins violents que pour les grossesses antérieures. Ils durèrent jusqu'au cinquième mois.

L'accouchement eut lieu le 11 mars 1898. Le travail fut plus long que pour les grossesses antérieures. L'enfant pesait 2 kilogr. 845. Suites de couches normales.

Pendant les huit premiers mois, l'enfant, qui était chétif et malingre, augmenta pourtant assez régulièrement de poids, mais à partir de ce moment, et surtout à la suite d'un changement de nourrice, il cessa de se bien porter, l'augmentation de poids ne fut plus régulière, et l'enfant dépérit. Dans le courant du mois de mai 1899 une diphtérie compliquée de broncho-pneumonie l'emportait en quelques jours.

OBSERVATION XVII

Steen. — *British Medical Journal* 1900, I. 575.

DIPHTÉRIE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE — ACCOUCHEMENT

RÉTENTION DES MEMBRANES

DIPHTÉRIE DE L'ENFANT — GUÉRISON

M. G..., femme d'un employé, âgée de 33 ans, et en état de grossesse avancée, fut prise le 18 décembre d'un mal de gorge de nature suspecte, et d'un écoulement nasal. On l'isola et son état fut étroitement surveillé.

Le 19 décembre la maladie n'allait pas mieux, et une mince membrane avait apparu sur l'amygdale droite. Pas de fièvre, et pas d'augmentation des ganglions cervicaux. Pouls légèrement accéléré.

L'examen bactériologique décela la présence du bacille de Klebs-Löffler et, en conséquence, une dose de 1,500 *units* (unité antitoxique) de sérum antidiphtérique fut administrée le 22 décembre.

La veille, le 21 décembre, l'accouchement avait eu lieu à terme; mais il fut compliqué par l'adhérence du chorion, ce qui nécessita le curage digital de la cavité utérine.

L'état de la gorge s'améliora beaucoup après l'injection de sérum antidiphtérique. Il se détacha quelques fausses membranes situées dans la trachée, et jusqu'alors insoupçonnées si l'on en juge par la quantité considérable qui fut expectorée.

La maladie suivit son cours normal, et une amélioration sérieuse se produisit. La température monta cependant à 100° 4 F. (38° C.) le 23 décembre et à 101° 4 F. (38° 5 C.) le 29 décembre, cette dernière élévation de température étant attribuée par l'auteur à la constipation.

Il existait à cette époque une épidémie d'influenza, et, le 3 janvier, M. G... en fut atteinte. La maladie consista surtout

on des douleurs musculaires violentes avec une élévation alarmante de la température à 105° F. (40° 5 c.). Le 4 janvier la température était à 104° F (40°). Le 5, elle retombait à la normale. Il n'y eut, à aucun moment, de troubles du côté du petit bassin.

Actuellement la malade a complètement recouvré la santé, et, à l'exception d'une légère régurgitation des aliments liquides par le nez, il n'existe aucun symptôme paralytique.

Toutes les précautions furent prises à l'égard de l'enfant, mais, quatre jours après la naissance, on remarqua qu'il avait une légère difficulté à respirer par le nez. Le cinquième jour, une fausse membrane très distincte se vit sur l'amygdale droite. On injecta alors sous la peau de l'enfant une dose de 350 *units* de sérum. L'enfant se rétablit très rapidement et ne fut en aucune façon incommodé par les fortes doses de sérum injectées.

OBSERVATION XVIII (*in extenso*).

Chambreleut et Micheleau. — *Gazette hebdomadaire des Sociétés médicales de Bordeaux*, 17 mai 1903.

Claire T..., 24 ans, entre à l'hôpital Saint-André, salle 5, lit 2, service de M. le professeur Arnozan, le dimanche 1^{er} mars 1903, à une heure de l'après-midi. Il y a 8 jours, elle a été prise d'un léger mal à la gorge, immédiatement suivi d'enrouement puis d'aphonie et d'un peu de gêne respiratoire; il y a 2 jours, cette gêne s'est brusquement accrue, et il s'est produit un accès de suffocation heureusement très court; dans la matinée du dimanche, la malade a eu deux nouveaux accès qui l'ont décidée à entrer à l'hôpital.

La cause de sa maladie paraît être la contagion; dans la même maison, en effet, était un petit enfant atteint d'angine, et soigné par des injections de sérum. La malade ne l'a pas

soigné directement, mais est souvent entrée dans sa chambre. Bonne santé antérieure. Il y a deux ans, première grossesse normale, accouchement normal; enfant bien portant, mort à 4 mois d'une affection aiguë indéterminée. Actuellement, deuxième grossesse remontant à 8 mois.

Aucun traitement n'a été fait en ville.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate tous les signes d'un obstacle mécanique siégeant au niveau du larynx; aphonie, cornage, tirage sus-sternal, sus-claviculaire, sous-sternal, dyspnée extrême, yeux brillants, humides, visage très congestionné, veines du cou turgescents, angoisse extrême; c'est le tableau classique de l'asphyxie mécanique par obstruction du larynx. Le fond de la gorge: amygdales et pharynx, est rouge; on ne voit pas de fausses membranes. Une injection de 20 cc. de sérum antidiphthérique est immédiatement pratiquée; température 38° 6, pouls 120.

A trois heures de l'après-midi, les phénomènes asphyxiques augmentent. Une trachéotomie d'urgence est pratiquée par le Dr Michelet, médecin résidant à l'hôpital Saint-André. La malade expectore par la canule une fausse membrane grisâtre, non tubulée, qui n'a pas étéensemencée.

A 5 heures, nouvelle injection de 20 cc. de sérum antidiphthérique, amélioration considérable de tous les phénomènes asphyxiques, respiration à peu près normale; rien de particulier à l'auscultation du poumon, l'air passe bien partout. Nuit assez calme; la malade peut dormir, mais à 2 heures du matin, crise d'oppression qui disparaît à la suite de l'application de ventouses sèches dans toute l'étendue de la poitrine en arrière. Le reste de la nuit s'achève sans incident.

Le 2 mars au matin la malade se trouve beaucoup mieux; elle n'est pas oppressée, respire très tranquillement. La température est tombée à 37° 1; le pouls reste un peu rapide, 100. Rien dans le pharynx; quelques râles sous-crépita-

aux deux bases; pas de troubles de la déglutition; pas de vomissements; constipation légère; trace d'albumine dans les urines. Du côté de l'utérus gravide, rien de particulier; on entend les battements du cœur, et la mère sent nettement remuer le fœtus.

La journée se passe bien. A cinq heures, état sensiblement le même; température 37° 2, pouls 100. On injecte 10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

Rien à signaler le soir. Mais dans la nuit, vers une heure du matin, la diphthérie reparait brusquement, et le 3 mars, à 8 heures du matin, on trouve la malade assise sur le bord de son lit, les jambes pendantes, avec les mêmes phénomènes asphyxiques qu'avant la trachéotomie. A l'auscultation, on constate un silence respiratoire absolu du côté gauche et un affaiblissement considérable du murmure vésiculaire du côté droit.

La canule est retirée, puis introduite de nouveau, après que l'on s'est assuré de son bon fonctionnement; on essaie de chatouiller la muqueuse trachéale dans l'espoir de faire détacher une fausse membrane dans un effort de toux. On essaie d'aspirer avec une sonde urétrale en caoutchouc introduite par la plaie de la trachéotomie sans obtenir aucun résultat. La dyspnée persiste aussi intense. Injection de 25 cc. de sérum de Roux; ventouses sèches.

L'enfant vit; les battements du cœur sont nettement perceptibles. La question se pose de provoquer l'accouchement ou d'attendre. Après consultation entre MM. Arnozan, Chambrelent et Michelean, on décide d'essayer de provoquer des contractions utérines par l'introduction d'une longue sonde et d'attendre, quitte à pratiquer l'opération césarienne immédiatement après la mort. Une longue sonde œsophagienne est introduite par M. Chambrelent à travers le col utérin.

L'après-midi à deux heures, la malade semble un peu

moins mal, la dyspnée est moins vive, l'asphyxie moins accusée. Les battements du cœur du fœtus sont toujours perceptibles. La sonde est tombée spontanément à une heure, elle est restée environ deux heures et demie dans l'utérus; aucune contraction n'est apparue.

L'amélioration dure peu; à quatre heures, les phénomènes asphyxiques reparaissent, plus accusés encore. Ils augmentent progressivement jusqu'à la mort, qui survient à trois heures du matin. Une nouvelle injection de 20 cc. de sérum avait été pratiquée à cinq heures.

Immédiatement après la mort, l'examen du ventre ne permet pas de percevoir les battements du cœur du fœtus; à un moment, cependant, il me semble les entendre. Bien que depuis la chute de la sonde il ne se soit produit aucune contraction utérine, j'essaie d'introduire la main droite à travers l'orifice utérin pour pratiquer une version et extraire le fœtus, je ne puis y parvenir, le col n'étant ni dilaté ni suffisamment dilatable. Je pratique alors immédiatement l'opération césarienne. Le fœtus est retiré ne donnant plus aucun signe de vie. Malgré tous les efforts, tractions rythmées de la langue, massage, respiration artificielle, insufflation du larynx, immersion dans de l'eau chaude et de l'eau froide, etc., il est impossible de le ranimer.

L'autopsie de la mère et du fœtus est pratiquée à trois heures de l'après-midi le 4 mars :

Fœtus. — Poids, 1,675 grammes; abdomen, organes normaux; foie noirâtre par places, congestionné, il pèse 45 grammes; rate, 5 grammes; rein, 8 grammes; cœur, 12 gr. 5; poumon droit, 22 gr. 8; poumon gauche, 12 gr. Les poumons sont absolument vides d'air. Boîte crânienne : substance cérébrale molle, très diffuse; méninges congestionnées, la pie-mère se détache avec une facilité extrême.

Mère. — Appareil respiratoire. Larynx : une fausse mem-

brane le tapisse immédiatement au-dessus de la plaie trachéale.

Trachée, pas de fausses membranes.

Bronches. Depuis la division de la trachée jusqu'aux bronches de moyen calibre, la muqueuse est tapissée de fausses membranes jaunes peu épaisses, diffluentes, très peu adhérentes, se détachant sous un simple filet d'eau.

Poumons : emphysème pulmonaire, et emphysème du tissu médiastinal. A la coupe du poumon on constate un exsudat séro-purulent dans les petites bronches.

Rien ailleurs.

L'examen bactériologique des fausses membranes,ensemencées le 2 mars, a été pratiqué par M. le professeur Ferré. Il a donné les résultats suivants : diphtérie, bacilles longs, diplocoques.

L'ensemencement du mucus pharyngien avait donné les mêmes résultats.

Examens histo-bactériologiques, faits par M. le professeur agrégé Sabrazès :

Cœur du fœtus : le myocarde n'apparaît pas indemne. Les fibres musculaires présentent des lacunes et comme un état de raréfaction de la substance contractile. Exceptionnellement on trouve une grosse vésicule graisseuse dans la continuité d'une fibre. On note çà et là des ilots où la dégénérescence du myocarde est poussée plus loin et où les fibres sont littéralement désorganisées (dégénérescence spongioïde). On ne constate pas de réaction interstitielle très marquée, sauf des phénomènes congestifs. Il aurait fallu, pour faire une étude histologique fine de ces organes, ne pas les mettre dans l'alcool.

Rate : on ne peut guère noter que des phénomènes de congestion de la pulpe et des hémorrhagies interstitielles.

Foie. — Ce foie présente des lésions grossières, hémorrhagie interstitielles, ectasies capillaires intertrabéculaires.

accumulation leucocytaire dans les espaces portes, des lésions de la plupart des cellules hépatiques; beaucoup sont transformées en une énorme vésicule au centre de laquelle se trouve le noyau; quelques-unes ont un aspect aréolaire, d'autres sont graisseuses. On trouve beaucoup de petites infiltrations leucocytiques, même en dehors des espaces portes, formées surtout de cellules lymphoïdes, de quelques leucocytes polynucléés, de très rares éosinophiles, de globules rouges nucléés. Les suffusions hémorragiques s'étendent sur une grande surface; autour, et à leur niveau, l'infiltration leucocytaire est très marquée. Dans certains territoires, les capillaires intertrabéculaires sont tellement dilatés qu'ils décrivent une mosaïque avec quelques cellules hépatiques au centre. On ne trouve pas de microbes dans les coupes même au niveau des nodules inflammatoires qui ont parfois pour point de départ un capillaire intertrabéculaire.

Rein. — Le développement du rein est incomplet; on trouve des glomérules en voie de formation immédiatement sous la capsule. Le bouquet glomérulaire n'est pas encore différencié. Au niveau des glomérules de Malpighi, bien développés, on note une congestion intense du peloton glomérulaire. De même sont congestionnés à un très haut degré les vaisseaux intertubulaires. On ne voit pas de formation de cylindres. Beaucoup de tubes contournés présentent des cellules en voie de nécrose de coagulation. Là aussi on trouve des hémorragies interstitielles. En somme, les lésions du rein sont moins marquées que les lésions du foie.

Poumon. — Atelectasie totale, phénomènes de desquamation de l'épithélium alvéolaire, quelques hémorragies interstitielles.

Placenta. — Ne présente rien de particulier.

On n'a pas trouvé de microbes dans les coupes de ces divers organes.

OBSERVATION XIX

Lamarque (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*)
4^{er} mai 1903.

A propos de la communication de l'observation précédente, M. Lamarque se rappelle avoir observé il y a trois ans une jeune femme qui, au 8^e mois de sa grossesse, eut une angine diphtérique, de moyenne gravité, ayant cédé, au bout d'une quinzaine de jours, au traitement local simple. L'accouchement se fit normalement à terme, quinze jours environ après la cessation de tout accident diphtérique; l'enfant était en excellent état. Au cinquième jour, de nouvelles membranes diphtériques apparurent sur les amygdales en même temps qu'apparaissaient la fièvre, l'albumine dans les urines, et des accidents infectieux; cette femme, laissée sans soins par tout son entourage, dut être transportée à l'hôpital où elle succomba.

OBSERVATION XX (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le D^r Martin, de l'Institut Pasteur.)

DIPHTÉRIE GRAVE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE (BACILLES LONGS)

INJECTION DE SÉRUM — GUÉRISON

ACCOUCHEMENT A TERME — ENFANT VIVANT

Jeanne G..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Pasteur, le 26 mai 1903. Elle est malade depuis trois jours. Dès le début de sa maladie, elle a eu mal à la gorge avec fièvre et un malaise général.

A son entrée, on trouve un léger trismus. La luette est très volumineuse et entièrement coiffée d'une fausse membrane. D'autres fausses membranes recouvrent les amyg-

dales considérablement augmentées de volume, ainsi que le voile du palais. Les ganglions sont douloureux à la pression.

Elle reçoit à son entrée 40 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

Au point de vue obstétrical, la femme dit être enceinte d'environ 4 mois et demi ou 5 mois. On n'a jamais rien constaté d'anormal du côté de l'utérus, mais on avait découvert, dit-elle, de l'albumine dans ses urines avant qu'elle ne fût malade.

27 mai. — La malade a mal dormi, et a beaucoup souffert de la gorge. Elle a craché à de nombreuses reprises de la salive sanguinolente. On lui a donné des gargarismes à l'eau oxygénée, et on lui a tenu le cou entouré de compresses chaudes.

On ne constate pas de changement dans la situation des fausses membranes qui sont gonflées et ont des limites nettes.

Température : 37° 6, le matin ; 37° 3, le soir.

10 centimètres cubes de sérum antidiphthérique.

28 mai. — État stationnaire, toujours des gargarismes, et nouvelle injection de sérum.

Température : 36° 4, le matin ; 37° 8, le soir.

Pouls : 100 (pouls faible mais régulier) le matin ; 90 le soir. On donne à la malade une potion de caféine.

29 mai. — La malade a eu une nuit très agitée, Mais on constate que les fausses membranes sont décollées. Elles sont retirées avec la pince. Les urines sont très foncées, rares et fortement albumineuses.

Température : 37° 8 le matin, 37° 7 le soir.

Pouls : 90 le matin.

Injection de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

30 mai. — Nuit d'abord agitée puis relativement calme. On constate une grande diminution de la fausse membrane, mais elle persiste toujours sur la luette et sur les amygdales qui sont augmentées de volume. La muqueuse paraît normale là où les fausses membranes ont disparu. Les urines ont une teinte hémoglobinurique.

Température : 38° 3 le matin, 37° 7 le soir.

Pouls : 90.

Injection de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

31 mai. — État stationnaire.

Température : 36° 9 le matin, 37° 2 le soir.

Pouls : 86.

Injection de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

1^{er} juin. — Les fausses membranes recouvrant les amygdales ont partiellement disparu. La luette est encore énorme, et tapissée entièrement par l'exsudat.

Température : 36° 7 le matin, 37° 6 le soir.

Injection de 10 cc. de sérum.

2 juin. — Amélioration notable. Plus de fausses membranes sur les amygdales, et très peu sur la luette (encore trois points blancs à la base et au sommet du côté droit, et sur le bord gauche). La luette a ses dimensions à peu près normales, ainsi que les amygdales. Cependant les urines sont toujours rares (580 grammes.)

Température : 36° 7 le matin, 36° 9 le soir.

Pouls : 72 le matin, 68 le soir.

Injection de 10 cc. de sérum.

3 juin. — Température : 36° 5 le matin, 36° 7 le soir.

Pouls : 80.

Injection de 40 cc. de sérum.

4 juin. — Température : 36 ° 4 le matin, 36 ° 6 le soir.

Pouls : 68.

Injection de 10 cc. de sérum.

5 juin. — A l'examen de la gorge on trouve que tout est normal. Plus de fausse membrane, plus d'hypertrophie des amygdales ni de la luette. Mais on constate une paralysie du voile du palais. Les urines sont plus abondantes (1700 grammes).

Température : 36 ° 6 le matin, 36 ° 5 le soir.

A partir de ce jour la malade commence à s'alimenter. Elle conserve toujours sa paralysie du voile du palais. Mais en somme l'état général s'améliore de jour en jour, et jusqu'au 1^{er} juillet, jour de sa sortie, on ne constate rien d'anormal.

Le diagnostic bactériologique avait donné les résultats suivants : diphtérie, bacilles longs.

Pendant toute la durée de ce séjour à l'hôpital, on n'a absolument rien constaté du côté de l'utérus. La grossesse a évolué normalement, et n'a jamais présenté le moindre trouble dans sa marche.

Cette femme, arrivée au terme de sa grossesse, accoucha le 30 septembre chez une sage-femme agréée de la Maternité. Depuis son départ de l'hôpital Pasteur elle n'avait pas fait examiner ses urines.

L'accouchement fut normal. L'enfant était chétif, dit la mère. La sage-femme ne le pesa pas, mais évalua son poids à « trois livres et demie ou quatre livres ». Les suites de couches furent normales.

Cette femme a été revue le 18 novembre 1904 par mon ami Maire, interne à l'hôpital Pasteur, et voici les rensei-

gnements qu'il me transmet avec sa courtoisie et sa bonne grâce habituelles.

Pendant un mois après sa sortie de l'hôpital Pasteur elle a conservé du nasonnement et des douleurs dans les jambes. Quant à son état actuel, il est excellent et elle allaite son enfant qui est en parfait état. Elle signale encore que, il y a trois ans, elle a eu un premier enfant venu à terme et pesant à sa naissance « 10 livres » dit-elle. Mais pendant cette première grossesse elle eut de l'albumine dans les urines.

OBSERVATION XXI

Theuveny et Daniel (*Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris*).

BRONCHO-PNEUMONIE PSEUDO-MEMBRANEUSE DIPHTÉRIQUE,
CHEZ UNE FEMME ACCOUCHÉE DEPUIS QUATRE JOURS

Le 6 mars 1903, M. Theuveny présentait en son nom et au nom de M. Daniel les pièces provenant d'une femme, accouchée le 18 février 1903, chez une femme agréée de la Maternité et auprès de laquelle l'un des deux auteurs fut appelé le 4^e jour après l'accouchement.

Elle présentait alors les symptômes suivants : enrrouement absolu, voix basse, sans raucité, toux assez fréquente, sèche, non quinteuse, sans expectoration, un peu de dyspnée, sans tirage, sans cyanose. 38°5 et 100 pulsations. L'examen de la gorge ne montre qu'un peu de rougeur des piliers du bord libre du voile et du pharynx. L'auscultation de même que la percussion sont absolument négatives. L'interrogatoire au point de vue obstétrical ne révèle rien que de normal. Aucun antécédent héréditaire ou personnel. 1^{re} grossesse, accouchement et délivrance normaux. Gros enfant vivant bien portant.

Elle raconte, toutefois, qu'elle a déjà, dans le courant des deux années précédentes, présenté un enrrouement analogue qui ne se serait accompagné d'aucun phénomène fébrile et aurait disparu en quelques jours. Cette fois-ci elle a commencé 4 jours avant son accouchement, c'est-à-dire le 14 février, à être enrrouée légèrement, à tousser un peu et cet enrrouement, cette toux n'ont fait qu'augmenter jusqu'au jour où nous la voyons.

La température aussitôt l'accouchement, et jusqu'au jour du premier examen, a été de 37° et 37°6; le jour où nous l'examinons, elle est de 38°5 (6° jour après l'enrouement du début).

En face de cet état, la malade est ramenée à la Maternité. La personne qui la conduit apporte en même temps une longue fausse membrane, véritable moule bronchique d'une longueur de 10 centimètres environ, blanchâtre, mou, avec les traces de quelques bifurcations bronchiques. Ce fragment a été rejeté quelques heures avant son retour dans le service, dans un accès de toux plus violent, mais ce rejet n'a amené aucune sédation dans les phénomènes dyspnéiques.

25 février (7° jour). — Dyspnée assez marquée, 20 à 25 respirations par minute. L'enrouement est toujours le même; la toux est peu fréquente et s'accompagne de quelques crachats spumeux. Aucun rejet de membranes. Pas de tirage, pas de cyanose. 40°; pouls, 120. État général mauvais, abattement considérable. Urine rare, un peu albumineuse.

26 février. — 38°2 et 116 p. le matin, 40°2 et 140 p. le soir. La malade a passé la journée et la nuit à demi assise, car la dyspnée est devenue très intense, et la toux est fréquente. L'expectoration, d'abondance moyenne, est toujours spumeuse et sans aucun débris. L'auscultation permet de

constater : matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit et dans le tiers inférieur du poumon gauche. Souffle des deux côtés plus marqué et nettement expiratoire à droite. Pas de râles. L'aphonie est complète et les essais faits par la malade pour parler n'amènent qu'une dyspnée et une cyanose plus marquées. Rien aux autres appareils. État général très mauvais. Urines très rares et très albumineuses.

27 février. — 39° et 112 p. le matin, 40°2 et 100 p. le soir. Les symptômes physiques pulmonaires sont accrus, la limite de la matité s'est élevée des deux côtés de même que le souffle.

Dyspnée violente, tirage marqué, cyanose considérable.

28 février. — Tous les phénomènes ont encore augmenté : 39°4 et 112 p. le matin, 41°4 et 140 p. le soir.

1^{er} mars. — 11^e jour après l'accouchement, 14^e jour après le début. Mort à 5 heures du matin.

Examen bactériologique. — Le seul débris rejeté sous forme de moule bronchique avait été examiné deux jours avant la mort. L'examen direct et l'examen d'une première culture sur sérum avait donné des bacilles de Loeffler, de nombreux diplocoques et quelques streptocoques à gros grains en courtes chaînettes. Une deuxième culture sur sérum au bout de vingt-quatre heures donne des cultures types de Loeffler, petites, rondes, séparées, plus opaques au centre, et, au microscope, du Loeffler et quelques streptocoques.

Autopsie. — Faite 24 heures après la mort, elle a donné les résultats suivants : Dans les deux plèvres, liquide clair avec quelques fausses membranes, 1 litre et demi à droite,

un litre à gauche. Ce liquide était probablement étalé en couche mince sur la face externe des poumons par suite de leur hépatisation et devait se trouver collecté à la base surtout, refoulant partiellement le diaphragme, et susceptible d'augmenter la gêne respiratoire et la dyspnée.

Poumon droit. — Hépatisation partielle du lobe inférieur avec œdème considérable, non seulement au niveau des points hépatisés, mais aussi au niveau des points voisins. Couleur grise. Nombreuses fausses membranes à la face externe. Les bronches et toutes les bronchioles sont pleines de liquide spumeux et se montrent toutes tapissées d'une façon continue par une fausse membrane qui laisse dans les bronches, les plus grosses seulement, une petite lumière de dimensions variables. On aperçoit au niveau de la grosse bronche, le moule à demi détaché qui fait saillie à l'extérieur.

Poumon gauche. — Hépatisation du tiers du lobe inférieur, plus massive qu'à droite, quelques fausses membranes sur la face externe. La coupe montre, comme à droite, toutes les bronches, quelles qu'elles soient, tapissées de fausses membranes d'un bout à l'autre, mais peu adhérentes.

Trachée et larynx. — Le larynx est recouvert, de même que la trachée, jusqu'à 3 centimètres de sa bifurcation, de débris membraneux, reliquat de fausses membranes organisées. A partir du point de la trachée ci-dessus, commence la fausse membrane organisée qui se prolongeait dans les grosses bronches.

Reins. — Néphrite aiguë.

Rate. — Moyenne.

Foie. — Un peu gras.

Utérus. — Bien revenu sur lui-même.

OBSERVATION XXII (*inédite.*)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Chantemesse.)

B..., Maria, âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital temporaire du bastion 29, le 21 mars 1903, pour un mal de gorge et des accès de suffocation.

Elle est malade depuis six semaines. Elle a d'abord eu la grippe qui l'a beaucoup affaiblie. Elle souffre de la gorge depuis onze jours. Il y a onze jours, elle eut un frisson, de la fièvre, de la courbature générale.

Examinée à l'entrée, le 23 mars, on fait le diagnostic clinique de diphtérie laryngée, croup, accès de suffocation. D'autre part, la malade dit n'avoir pas eu ses règles depuis quatre mois. Les urines contiennent un peu d'albumine.

Température hier soir, 37°7, ce matin, 39°4, ce soir, 39°8. La malade a reçu hier soir 20 cc. de sérum de Roux et ce matin une nouvelle injection, également de 20 cc.

Le 23 mars, le diagnostic bactériologique est fait. On n'a trouvé dans la culture que du bacille de Loeffler. Il y a une amélioration sensible. La toux est toujours quinteuse, pénible, et la malade expulse des fausses membranes.

Température : matin 38°, soir 40°. Injection de 10 cc. de sérum de Roux.

Le 24 mars. Cette nuit la malade a fait un avortement. Ce matin la malade se sent mieux. Elle n'a plus de gêne respiratoire, et sa toux est moins pénible. La température est, ce matin, de 39°. Température du soir, 40°2.

Le 25 mars on constate une pneumonie à droite. Température, le matin 39°8, le soir 39°4.

Le 26, les crachats sanglants apparaissent. Température, le matin 39°6, le soir 40°4. On fait une injection de 10 cc. de sérum de Roux.

Le 27. La température a baissé : 39° 4, ce matin, 39° 2 ce soir. L'état général est stationnaire.

Le 28. Température le matin, 38° ; le soir, 39°. Injection de 300 grammes de sérum artificiel.

Le 29. Température : le matin, 39° ; le soir, 39° 8. Injection de 175 grammes de sérum artificiel.

Les jours suivants, la température reste élevée et l'état de la malade inspire de sérieuses inquiétudes. On lui fait journellement des injections de sérum artificiel.

Elle succombe le 8 avril.

OBSERVATION XXIII (*inédite.*)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Chantemesse.)

L..., Jeanne, âgée de vingt-deux ans, entrain à l'hôpital le 4 mai 1903. Le diagnostic clinique était, à l'entrée : angine pseudo-membraneuse. On trouvait, d'autre part, par l'examen bactériologique, du bacille de Lœffler. Elle reçut 40 cc. de sérum.

Cette malade était enceinte de huit mois environ et l'accouchement eut lieu le 7 mai dans des conditions normales. L'enfant était bien conformé.

Jusqu'alors l'évolution de la diphtérie avait été ordinaire.

La température, qui était de 38° 5 à l'entrée, ne monta qu'une fois au-dessus de 38° (38° 3 le 6 au soir).

Mais deux jours après son accouchement, la fièvre s'alluma. C'est ainsi que le 9 mars, la température était de 37° 3, le matin et de 39 le soir. D'autre part, la diphtérie s'étendait au larynx et même aux bronches. On fit le diagnostic de laryngite et bronchite diphtériques.

Dès lors l'évolution de la maladie fut rapide et la femme mourut le 12 mai. On trouva, à l'autopsie, les bronches

remplies de pus et de fausses membranes. Du côté de l'utérus, on ne trouva aucun signe d'infection.

OBSERVATION XXIV (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Bouffe de Saint-Blaise.)

M^{me} X., enceinte de cinq mois, et dont la grossesse n'a jusqu'alors rien présenté d'anormal, commence le 15 novembre 1899, à 1 heure de l'après-midi, à souffrir de la gorge.

On constate, à l'examen, un peu de rougeur sur la luette qui est hypertrophiée, ainsi que sur les deux amygdales. Le même jour, à 5 heures du soir, la malade a un léger frisson, et la température s'élève à 38° 2. Un nouvel examen de la gorge permet de faire les constatations suivantes : Les deux amygdales, et la luette ont une couleur rouge vif, sont très tuméfiées. La malade est très abattue ; inappétence complète.

A 9 heures du soir, la température atteint 39° 5 et le pouls bat 112 fois par minute. L'abattement est complet. Tout le fond de la gorge est blanc, mais d'un blanc pur. A la limite des fausses membranes, la muqueuse est très rouge. La malade dort mal, d'un sommeil lourd, et garde la bouche ouverte. La respiration est pénible, la malade ronfle irrégulièrement.

A minuit, on ne peut plus apercevoir le fond du pharynx. Les deux amygdales se rejoignent sur la ligne médiane. Les fausses membranes les recouvrent ainsi que la luette qui est très augmentée de volume. En écartant les amygdales on aperçoit le fond du pharynx tapissé aussi complètement par les fausses membranes. La voix est très nasonnée.

Le diagnostic clinique d'angine diphtérique est confirmé

le 16 novembre à 9 heures du matin par l'examen bactériologique.

L'urine contient un peu d'albumine. Le 16 novembre, à 2 heures du soir, la malade reçoit une injection sous-cutanée de 20 centimètres cubes de sérum de Roux. On fait toutes les heures des lavages de la bouche. Jusqu'au soir l'état est stationnaire.

A 8 heures du soir, l'eau de lavage entraîne un débris de fausse membrane de la dimension d'une pièce de 20 centimes. A partir de ce moment, à chaque irrigation on voit apparaître de nouveaux débris.

Le 17 novembre au soir, on n'aperçoit plus dans la gorge aucune fausse membrane. Les amygdales ne sont plus hypertrophiées, et ont repris leurs dimensions à peu près normales.

Le 3^e jour, expulsion de la dernière fausse membrane, par le nez.

Le 6^e jour, on ne constate plus d'albumine dans les urines. Cependant le régime lacté est continué encore quelque temps.

M. le D^r Bouffe de Saint-Blaise, à l'obligeance duquel nous devons cette observation, nous a assuré que la convalescence de sa malade fut normale. On ne constata aucune complication, pas le moindre signe de paralysie diphtérique, et, une dizaine de jours après le début de l'affection, la guérison était pour ainsi dire définitive. Du côté de l'utérus grévise, on ne constata rien de particulier, et la grossesse évolua jusqu'à terme. L'accouchement eut lieu le 22 mars 1900 et fut en tous points normal.

L'enfant pesait 3885 grammes.

CHAPITRE I

Influence de la grossesse sur la diphtérie.

On a longtemps cru, non seulement dans le monde, mais encore dans le public médical, que la femme enceinte était un être privilégié, à l'abri, pendant toute sa grossesse, de toutes les maladies. C'est ainsi qu'un médecin français, Sacombe, écrivait au commencement du xix^e siècle que la grossesse constitue un « certificat de vie pour neuf mois que la nature donne à la femme enceinte ». Ceci est une donnée générale, mais d'autres auteurs ont émis des affirmations plus précises que, malheureusement pour les femmes enceintes, l'expérience est venue infirmer. Certains auteurs ont soutenu que certaines maladies : fièvre typhoïde, fièvres intermittentes, tuberculose, étaient épargnées aux femmes enceintes, et, au point de vue qui nous occupe, James Adams publiait en 1894 trois observations tendant à démontrer l'immunité des femmes en état puérpéral contre la diphtérie.

La rareté des observations semblerait, à première

vue, donner raison à cette opinion. Mais n'est-il pas plus vraisemblable de croire que la plupart des observations n'ont pas été publiées? Il suffit en effet de remarquer que depuis 1872, date de la première observation, jusqu'en 1894, on n'a recueilli que dix observations, alors que de 1894 à nos jours, nous avons pu en retrouver presque le double, dans un espace de temps deux fois moins grand.

Dans ces conditions, il est bien difficile de répondre à une question qui serait pourtant bien intéressante : La grossesse constitue-t-elle une prédisposition à la diphtérie, en d'autres termes, la diphtérie est-elle plus fréquente chez la femme enceinte que chez l'adulte en général? On ne peut pas, en effet, étant donné ce que l'on sait, établir une proportion quelconque, car les observations de diphtérie chez l'adulte sont, elles aussi, très peu nombreuses. Peut-être le sont-elles pour le même motif que nous disions plus haut. Quoi qu'il en soit, à ce point de vue, mieux vaut ne pas répondre que de donner une solution qui ne reposerait sur rien de certain.

En compulsant les observations qui précèdent, on a vu apparaître la diphtérie chez la femme enceinte à divers moments de la grossesse :

- 2 fois, au deuxième mois;
- 1 fois, au troisième mois;
- 1 fois, au quatrième mois;
- 3 fois, au cinquième mois;
- 4 fois, au sixième mois;
- 2 fois, au septième mois;

- 4 fois, au huitième mois;
- 3 fois, au neuvième mois;

Cela a-t-il une importance quelconque, ou sommes-nous seulement en face d'une simple coïncidence? A priori, on pourrait croire que les principaux accidents d'ordre médical et survenant chez la femme enceinte du fait de la grossesse, étant surtout graves dans la première moitié, la diphtérie aurait trouvé chez les femmes encore dans la première moitié de leur grossesse, un terrain plus débilité, et aurait évolué avec des allures plus sévères.

En fait il est encore difficile de répondre à cette question. Il faudrait, pour pouvoir le faire, qu'une épidémie de diphtérie eût éclaté dans un milieu où auraient été rassemblées un certain nombre de femmes enceintes aux diverses époques de leurs grossesses. Et encore aurait-il fallu qu'elles ne diffèrent, autant que possible, que par l'âge de la grossesse, les autres facteurs restant les mêmes: mêmes chances de contamination, même résistance, même âge, etc., etc.

Abordons maintenant la question de savoir si la grossesse a une influence quelconque sur la diphtérie. Nous étudierons successivement le début de la maladie, sa longueur, les principaux symptômes qui l'ont caractérisée et enfin nous tâcherons de dire si le pronostic est le même pour les femmes enceintes diphtériques que pour les adultes en général.

Le début de la maladie est, d'après Vinay, insidieux, et Andérodias, dans sa thèse, semble fixer à

la période d'incubation une durée de 15 à 20 jours.

Dans huit des observations qu'on a pu lire plus haut, on trouve une indication relative au début de la maladie. Depuis le moment où les malades font remonter l'origine de leur maladie, il s'est écoulé, jusqu'au jour du premier examen médical :

- 15 jours pour l'observation II (Avezou);
- 34 jours pour l'observation V (Ollivier);
- 20 jours pour l'observation XIII (Andérodias);
- 15 jours pour l'observation XIV (Andérodias);
- 2 jours pour l'observation XVI (Mongour);
- 8 jours pour l'observation XVIII (Chambrelent et Michelean);
- 3 jours pour l'observation XX (Martin);
- 11 jours pour l'observation XXII (Chantemesse);
- Quelques heures pour l'observation XXIV (Bouffe de Saint-Blaise).

Le début paraît donc avoir été en effet assez insidieux, et quelquefois particulièrement long. Nous nous demandons même si une erreur typographique n'est pas la cause de cette incubation démesurée dans l'observation V. Andérodias semble le croire aussi, car, après avoir fidèlement recopié l'observation, telle qu'elle se trouve dans les Archives Générales de médecine, où nous l'avons trouvée aussi, il dit que dans ce cas le début fut rapide et ne dura que quatre jours.

Une chose frappe cependant au premier abord à la vue du tableau précédent. Il semble que les périodes d'incubation deviennent moins grandes à mesure qu'on

arrive à des observations de date plus récente. C'est que, à notre sens, les auteurs n'ont pas exactement saisi le moment où s'est faite l'infection diphtérique. A cela on peut trouver une cause au moins. Nous ne voulons pas parler du soin moindre qu'auraient mis les anciens auteurs à prendre les observations : ce serait faux en tous points. Il nous semble que ce pourrait être, au contraire, le soin jaloux qu'ils ont mis à trouver le début de la maladie qui l'aurait fait remonter trop loin. Il ne serait pas impossible d'admettre que les premiers malaises qu'ont accusés les malades ne soient pas dus à l'infection diphtérique elle-même, mais bien à une autre indisposition ou maladie qui aurait préparé un terrain favorable au développement du bacille de Loeffler. Prenons un exemple. Il est évident que la malade de l'observation XXII, fait remonter le début de son indisposition à six semaines, et que, depuis six semaines, elle était très affaiblie; mais à cette époque, ce n'était pas certainement la diphtérie qui était en jeu, mais bien la grippe : l'observation le dit du reste. On peut croire donc que l'affaiblissement notable où la grippe avait laissé la malade, avait créé chez elle une prédisposition. Ce n'est que 10 jours après sa grippe qu'elle eut mal à la gorge, et si on veut faire remonter la période d'incubation à cette époque, jusqu'au moment où on peut affirmer la période d'état, c'est-à-dire au moment où apparaissent le frisson, la fièvre, les phénomènes généraux, on voit que cette période se réduit à 7 jours.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que la diphtérie chez

la femme enceinte, n'a pas ce début rapide, solennel qu'on lui voit chez l'enfant, par exemple, sauf néanmoins pour l'observation XXIV.

Et cependant, est-on exactement fixé au sujet de la durée de la période d'incubation de la diphtérie, en général? Tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle est très variable, et on lui fixe ordinairement une durée moyenne 2 à 7 jours. Or, dans les observations où nous avons retrouvé une indication au sujet du début de la maladie, nous trouvons que dans 5 cas au moins les auteurs font remonter le début à une durée variant de quelques heures à 8 jours. Nous ne croyons donc pas qu'on puisse affirmer que généralement chez la femme enceinte le début de la diphtérie soit si long, si insidieux.

L'évolution de la maladie a été dans certains cas assez longue, d'après les observations, et longue aussi la convalescence. Ce fait serait spécial aux femmes enceintes d'après Andérodias, et serait un indice de la gravité particulière de la diphtérie chez la femme enceinte. Mais examinons les choses de plus près.

Nous ne parlerons pas de l'observation XIII où un érysipèle est venu compliquer la diphtérie, ou plutôt est arrivé au moment où la diphtérie était pour ainsi dire guérie.

Nous voyons la malade de l'observation IV rester à l'hôpital 4 mois, et être obligée d'y revenir quelques jours après sa sortie, ne pouvant se livrer à aucun travail. Mais cette malade était non seulement enceinte, mais encore elle était atteinte de vomissements de la

grossesse, preuve d'une auto-intoxication, et en outre d'adénopathie bronchique.

La malade de l'observation XIV fut, elle aussi, atteinte d'une diphtérie qui ne fut pas d'une grande malignité, mais qui fut très longue. Est-on autorisé à conclure que ce fait ait été dû à la grossesse? Et ne peut-on pas penser qu'on ait été en présence d'une forme spéciale de la maladie : la diphtérie prolongée de Cadet de Gassicourt?

Enfin la malade de l'observation XVI eut une diphtérie grave, suivie d'une convalescence qui fut longue, pénible, mais ici, un autre facteur intervient, pathologique aussi : les vomissements de la grossesse.

Ces trois observations sont celles où la diphtérie ait été remarquable par sa longueur.

Si nous examinons en effet les autres observations, dans lesquelles la guérison fut constatée, nous voyons que la durée de la maladie fut à peu près normale et que la convalescence ne fut guère prolongée, si ce n'est peut-être chez la malade de l'observation XX; encore faut-il remarquer que chez elle on avait constaté de l'albuminurie avant l'apparition de la diphtérie.

Dans ces conditions peut-on dire que la grossesse ait eu pour effet de rendre la diphtérie plus longue et la convalescence plus pénible? Cela ne paraît pas résulter de l'examen des observations où l'on n'a noté aucune des manifestations de l'auto-intoxication gravidique, en un mot, où la grossesse a été physiologique. Tel n'était pas le cas des malades des observations IV et XVI. Chez l'une on avait constaté de l'adéno-

pathie bronchique, et, par surcroît, des vomissements ; de même la seconde avait, elle aussi, des vomissements très intenses. Ces deux malades étaient donc sous le coup de l'auto-intoxication gravidique : leur grossesse était pathologique. Nous pouvons donc admettre que la diphtérie surajoutée à l'auto-intoxication gravidique ait demandé chez elles plus de temps pour guérir, et leur ait laissé une convalescence plus longue, plus pénible.

Mais revenons un peu en arrière et étudions d'un peu plus près l'évolution de la maladie. Peut-on dire que la diphtérie affecte, chez la femme enceinte, une forme différente de celle qu'on observe chez l'adulte en général ?

Ce qui frappe à première vue, c'est le peu d'intensité des phénomènes généraux. La fièvre n'a généralement pas dépassé 38° 5. Ce n'est que dans les observations V, XXII, XXIII, XXIV que nous voyons ce chiffre dépassé, c'est-à-dire dans le 1/6 des cas environ. Le pouls est généralement accéléré, et correspondrait par son nombre à des températures supérieures à celles qui ont été observées. Est-ce à dire pour cela qu'il n'y ait « nulle concordance entre le pouls et la température » comme le dit Vinay, car, dit-il, « elle (la température) ne s'élève jamais à un « degré élevé tandis que le pouls monte à 120, 140, « selon la gravité des cas. Il y a souvent désaccord « manifeste entre l'intensité du processus et l'ascension du thermomètre. »

Tout d'abord, on peut s'en rendre compte plus bas,

nous n'avons trouvé nulle part la trace du pouls à 140. Ensuite il nous semble que s'il y a une certaine discordance entre le pouls et la température, elle n'est pas si accusée que Vinay le prétend.

Voici, en effet, relevés les chiffres représentant le pouls et la température, toutes les fois que les deux indications ont été réunies.

OBSERVATION XIII.

1 ^{er} jour. . .	T.	38°2.	P.	102
3 ^e jour. . .	T.	38°3.	P.	108

OBSERVATION XIV.

1 ^{er} jour. . .	T.	37°6.	P.	« excellent » (?)
27 ^e jour. . .	T.	38°2.	P.	110

OBSERVATION XVIII.

3 ^e jour. . .	T.	38°6.	P.	120
4 ^e jour. . .	T. m ¹ .	37°1.	P. m.	100
	T. s.	37°2.	P. s.	100

OBSERVATION XX.

3 ^e jour. . .	T. m.	36°4.	P. m.	100 (régul., faible).
	T. s.	37°8.	P. s.	90
4 ^e jour. . .	T.	37°8.	P.	90
5 ^e jour. . .	T.	37°3.	P.	90

1. T. m., T s. et P. m., P. s., veulent dire : température du matin (T. m.), température du soir (T. s.), et pouls du matin (P. m.), pouls du soir (P. s.).

6 ^e jour. . .	T.	36°9.	P.	86
8 ^e jour. . .	T. m.	36°7.	P. m.	72
	T. s.	36°9.	P. s.	68
9 ^e jour. . .	T.	36°5.	P.	80
10 ^e jour. . .	T.	36°4.	P.	68

La température qui a été observée dans l'observation XX, le matin du 3^e jour, mérite une mention spéciale. Si on veut bien se rapporter à l'observation on verra qu'à ce moment la maladie était en pleine période d'état. D'autre part, le pouls battait 100 fois par minute. Il était régulier mais faible et on dut donner à la malade une potion à la caféine qui eut pour effet de diminuer le nombre des pulsations.

Les phénomènes locaux n'ont eu que très rarement une allure solennelle. La douleur a été moyenne partout, et les auteurs n'y ont pas beaucoup insisté. La dyspnée a toujours été un symptôme grave, car elle marquait l'extension de l'infection aux bronches, et, comme le disait Trousseau, lorsque les symptômes du croup apparaissaient, ce n'était pas seulement le larynx mais encore la trachée et les bronches qui étaient envahis.

Cette extension a été constatée très souvent dans les observations. Elle a existé 12 fois sur 24 observations soit dans une proportion énorme de plus de 50 p. 100. Si donc on ne tient compte que de ce résultat mathématique, on arrivera à cette conclusion effrayante : La diphtérie devient très grave chez la femme enceinte, car une fois sur deux elle se complique

de localisations laryngées, trachéales ou pulmonaires.

La statistique mathématique des paralysies diphtériques chez les femmes enceintes donne des résultats qui ne sont guère plus rassurants. Cette complication, survenant du reste presque toujours à l'époque de la convalescence, a été observée dans 5 cas sur 24, c'est-à-dire un peu plus que 1 fois sur 5 cas, exactement $1/4,8$. Or, les auteurs les plus pessimistes estiment que les paralysies diphtériques se produisent, en général, dans le $1/6$ des cas.

Quant à la proportion des cas de mort, obtenue toujours par le même système, nous voyons un résultat non moins effrayant de 11 morts sur 24 cas, soit 45, 83 p. 100 de mortalité.

Il n'est peut-être pas inutile de reproduire le tableau résumé des observations en indiquant le mode de traitement et la terminaison de la maladie :

Obs. I.		Avortem.	Mort.
Obs. II.	Trachéotomie.		Mort.
Obs. III.		Avortem.	Guérison.
Obs. IV.	Trachéotomie.		Guérison.
Obs. V.	Trachéotomie.	Avortem.	Mort.
Obs. VI.	Trachéotomie.		Mort.
Obs. VII.	Traitem. local.		Guérison.
Obs. VIII.	Trachéotomie.		Guérison.
Obs. IX.		Avortem.	Guérison.
Obs. X.	Trachéotomie.		Mort.
Obs. XI.			Guérison.
Obs. XII.	Trachéotomie.	Ac.(9 ^e m.)	Mort.

Obs. XIII.	Sérum.		Guérison.
Obs. XIV.	Sérum.		Guérison.
Obs. XV.	Sérum.		Guérison.
Obs. XVI.	Sérum.		Guérison.
Obs. XVII.	Sérum.		Guérison.
Obs. XVIII.	Sér.-Trachéot.		Mort.
Obs. XIX.	Traitem. local.		Mort.
Obs. XX.	Sérum.		Guérison
Obs. XXI.		Accouch.	Mort.
Obs. XXII.	Sérum.	Avortem.	Mort.
Obs. XXIII.	Sérum.	Accouch.	Mort.
Obs. XXIV.	Sérum.		Guérison.

De ce tableau il résulte que le plus grand nombre des cas de mort, c'est-à-dire 6 cas, ont été observés avant la sérothérapie, et cela sur un total de 12 observations, alors que depuis la sérothérapie on n'en constate que 4 sur 13 observations.

Mais la diphtérie n'est peut-être pas responsable, elle seule, des cas de mort observés avant la sérothérapie. Il est certain que la trachéotomie suffit pour expliquer la mort de la malade de l'observation II, car elle fut causée par une hémorrhagie secondaire occasionnée probablement par les veines très dilatées du corps thyroïde. D'autre part, les malades des observations V, VI, X, XII, succombèrent pendant l'opération ou peu de temps après. Il est vrai de dire que ces malades étaient profondément atteintes, car on ne fait pas la trachéotomie sans que la mort ne soit pour ainsi dire imminente. Nous devons cependant attirer

l'attention sur ce fait, tout au moins pour jeter un doute et empêcher de conclure à la légère, car des cas de mort ont été notés après des trachéotomies faites sur des femmes enceintes non diphtériques.

Et même si on voulait absolument innocenter la trachéotomie, un autre facteur autre que la grossesse pourrait peut-être avoir sa part de responsabilités : C'est le travail de l'accouchement.

Nous n'examinerons à ce point de vue que les observations concluantes. Nous pouvons faire remarquer cependant que, deux jours après l'avortement, la température qui n'avait pas dépassé $38^{\circ} 6$ chez la malade de l'observation V, atteignait $39^{\circ} 2$ et 40° le lendemain et que la mort survenait 5 jours après cet avortement. De même pour l'observation XII.

Les observations qui nous paraissent le plus concluantes à cet égard sont les observations I, XIX, XXII, XXIII.

La malade de l'observation I semblait être en voie de guérison. Une paralysie du voile du palais était survenue, il est vrai, mais rien ne semblait faire prévoir une issue fatale. Survint un avortement, qui fut le signal de troubles graves de la circulation et de la respiration : la malade succomba au bout de quelques jours.

L'accouchement, qui survint chez la malade de l'observation XIX, 15 jours après la cessation de tout accident diphtérique, fut suivi, 5 jours après, d'une réapparition de fausses membranes, et la malade mourut.

Nous remarquons dans l'observation XXII qu'on avait constaté une amélioration sensible dans l'état général et local de la malade : 2 jours après l'avortement, on constata l'existence d'une pneumonie qui emporta la malade.

Enfin la malade de l'observation XXIII, était pour ainsi dire, en voie de guérison. La température baissait progressivement et était redevenue normale, lorsque 2 jours après l'accouchement elle remonta à 39° pour atteindre 40° 4 le 4^e jour. En même temps on constatait l'extension des fausses membranes au larynx et aux bronches, et la femme mourait le 5^e jour après l'accouchement.

Telles sont ces trois observations qui nous ont paru montrer que le travail de l'accouchement n'était pas sans influence sur l'évolution de la diphtérie compliquant la grossesse. On ne peut évidemment pas tirer de ces faits une conclusion ferme. Ils pourront peut-être néanmoins servir à juger en connaissance de cause. On hésitera à rendre responsable un seul facteur : la grossesse, lorsque d'autres sont au moins suspects : la trachéotomie, d'une part, le travail de l'accouchement ou de l'avortement, de l'autre.

Peut-on, étant donnés les matériaux dont on dispose, établir une conclusion ferme au point de vue de la diphtérie compliquant la grossesse ?

On pourrait le faire si le peu d'observations qui ont été publiées étaient l'expression de la réalité. Nous avons déjà dit au commencement de ce chapitre que ce n'était pas notre opinion. Les observations que

les auteurs communiquent aux sociétés savantes, ou publient dans leurs ouvrages, ont toutes un caractère de rareté; quelquefois, ce sont de véritables curiosités scientifiques. Quant aux observations qui ne mettent en relief aucun point intéressant, qui ont trait à des maladies ayant évolué d'une façon normale et n'ayant été accompagnées d'aucune complication, elles sont laissées dans l'ombre comme dénuées de tout intérêt scientifique. Et c'est ainsi qu'on arrive à faire des statistiques sur un grand nombre de cas publiés et à en tirer des conclusions mathématiquement justes mais qui ne sont pas conformes à la réalité des faits.

C'est ainsi que nous sommes arrivés aux résultats effrayants qu'on a pu lire plus haut. Ces résultats, nous nous refusons à leur accorder la moindre confiance : ce serait presque conclure comme cet étranger disant que les femmes françaises étaient rousses, parce que rousse était la servante de l'auberge où il était descendu.

Nous pourrions peut-être cependant arriver à une conclusion plus juste en prenant une partie seulement de nos observations. Nous remarquons, en effet, que depuis 1899 à nos jours, c'est-à-dire dans l'espace de 4 ans, nous avons pu recueillir 12 observations alors que les premières s'échelonnaient depuis 1872 jusqu'en 1890. D'autre part, sur les 12 dernières observations, 3 sont personnelles à M. Andérodias; 1 lui a été communiquée par le D^r Mongour et était inédite; 4 également inédites nous ont été communiquées par MM. Martin, Chantemesse et Bouffe de Saint-Blaise;

enfin, les 4 autres ont été communiquées à différentes sociétés savantes. Nous ne tiendrons pas compte, dans l'appréciation des faits, de l'observation XXI, car quoiqu'il soit probable que la maladie ait débuté pendant la grossesse, elle ne fut constatée que pendant l'état puerpéral.

L'examen de ces observations nous montre :

1° Que la période d'incubation de la maladie a été variable, mais a oscillé en général entre quelques heures et huit jours, exception faite pour les observations XIII et XIV où cette période fut de 15 et de 20 jours.

2° Que pour les 5 malades, dont les grossesses étaient physiologiques, qui guérissent, la durée de la maladie fut de :

10 jours (observation XIII);

1 mois (observation XIV), diphtérie prolongée;

8 jours environ (observation XVII);

10 jours (observation XX);

10 jours au plus (observation XXIV).

La malade de l'observation XVI, qui était atteinte de vomissements à toutes ses grossesses, vit les fausses membranes disparaître le 6^e jour de sa maladie, mais la convalescence fut longue, et la malade ne fut complètement guérie que 1 mois environ après.

La convalescence, chez les autres malades, fut normale, sauf pour celle de l'observation XIII, qui eut un érysipèle après la diphtérie.

3° Les phénomènes locaux ou généraux, observés ont été ceux de la diphtérie normale, évoluant sur un

sujet normal. La fièvre n'a atteint un chiffre élevé que dans 3 observations (XII, XXIII, XXIV) et nous avons vu plus haut quels ont été les rapports entre le pouls et la température.

Les complications laryngées ou pulmonaires ont été observées dans 3 observations (XVIII, XXII, XXIII). Ils ont suivi de près l'accouchement dans les observations XXII et XXIII.

On a constaté 3 fois un certain degré de paralysie du voile du palais. Cette paralysie est survenue 1 fois chez une malade dont la diphtérie avait été de moyenne intensité (obs. XIII), 1 fois chez une malade dont l'affection fut moins grave (obs. XVII), et, enfin, 1 fois chez la malade de l'observation XX, qui eut une diphtérie de durée moyenne, il est vrai, mais néanmoins assez grave.

4° La mort est survenue 4 fois (3 fois après l'accouchement et peu de temps après).

D'après ces données, nous ne croyons pas être autorisé à conclure à l'influence nocive de la grossesse sur la diphtérie quand celle-ci vient la compliquer, il nous semble que nous devons rester dans le doute. Nous avons vu, en effet, que d'autres facteurs, l'accouchement, par exemple, pouvaient, dans certains cas, supporter leur part de responsabilité, part qui est quelquefois considérable.

Il semble, cependant, qu'on puisse dire que chez une femme enceinte, dont la grossesse n'a rien de pathologique, la diphtérie n'est pas sensiblement plus grave que chez l'adulte en général.

Avec sa grande autorité, M. Roger a montré, en étudiant la scarlatine, l'érysipèle, la variole chez les femmes enceintes, que chez elles la réceptivité pour les maladies infectieuses, et la gravité de ces maladies lorsqu'elles en sont atteintes, sont sensiblement les mêmes, que chez les adultes en général. Nous aurions voulu apporter une modeste contribution à cette étude, mais nous souhaitons simplement de faire naître le doute. Peut-être quelqu'un, plus autorisé, saura faire voir que pour la diphtérie, comme pour la scarlatine, l'érysipèle, la variole, on a beaucoup exagéré la gravité des maladies infectieuses chez les femmes enceintes.

CHAPITRE II

Influence de la diphtérie sur la grossesse.

Nous avons déjà dit au début de notre travail que le premier mémoire paru sur la question qui nous occupait était dû à Ollivier. Ce mémoire fut communiqué en 1883 à l'Académie de médecine, en même temps que son observation. Ses conclusions, au sujet de l'influence de la diphtérie sur la grossesse, étaient assez vagues. Il se bornait à dire que la diphtérie pouvait entraîner l'avortement chez la femme enceinte et acquérir de ce fait une plus grande gravité.

Vagues aussi étaient les conclusions de Sochaff. Les femmes enceintes, disait-il, peuvent devenir diphtériques; devenues diphtériques, elles peuvent avorter.

Vinay, qui avait à sa disposition un plus grand nombre de faits, pouvait être un peu plus affirmatif.

« Elle (la grossesse) peut tout au plus être interrompue dans son cours, dit-il, comme il advint dans les observations de Michel, d'Ollivier, mais chez toutes les autres malades, aucune modification apparente ne

sembla se produire, et la gestation, put continuer lorsque la patiente ne succomba pas à la maladie infectieuse. »

Trouvant les faits cliniques trop peu nombreux pour établir des conclusions nettes, Andérodias a fait appel à l'expérimentation. Nous reproduisons ici le tableau qui résume ses expériences et que nous avons du reste trouvé dans son important travail. Ses expériences ont porté sur des lapines pleines auxquelles il a injecté des doses variables de toxine diphtérique.

N ^o des Expériences.	Poids de l'animal.	Quantité totale de toxine injectée.	Quantité injectée par kilo d'animal.	Action sur l'utérus.	Moment de l'avortement.	Survie.
1	2.350	2 cc.	0.85	Avortement	12 heures	36 heures
2	2.800	1.20	0.45	Pas d'avortement	»	5 jours
4	2.400	1.03	0.45	Pas d'avortement	»	4 jours
5	3.100	1.86	0.60	Pas d'avortement	»	3 jours
6	1.590	0.95	0.60	Avortement	12 heures	4 jours
7	2.800	1.68	0.60	Pas d'avortement	»	5 jours
8	2.450	1.47	0.60	Avortement	3 jours	3 jours
9	1.850	1.11	0.60	Pas d'avortement	»	3 jours

De ce tableau il résulte les faits suivants :

1° Sur huit lapines soumises à l'expérimentation, trois ont avorté.

2° Ces trois avortements se sont produits :

a) chez un animal de poids moyen, et 12 heures après l'injection. La dose ayant été de 0 cc. 85 par kilo d'animal. Survie : 36 heures.

b) chez l'animal le moins lourd de ceux soumis à l'expérience, 12 heures après l'injection, et avec une

dose de 0 cc. 60 par kilo d'animal; survie : 4 jours.

c) chez un animal de poids moyen, 3 jours après l'injection avec 0 cc. 60 par kilo d'animal; survie, 3 jours.

Il semble donc, d'après ces expériences, qu'on soit en droit de conclure :

1° Que pour les animaux de poids sensiblement égal les chances d'avortement, et la rapidité avec laquelle il survient, sont fonctions de la quantité de toxine injectée.

2° Que pour une même quantité de toxine injectée les chances d'avortement et la rapidité avec laquelle il survient sont en raison inverse du poids de l'animal.

D'autre part, Andérodias fait remarquer que dans les faits cliniques connus, et se trouvant dans les conditions de l'expérience, c'est-à-dire dans les cas où on n'a pas fait d'injections de sérum, l'avortement s'est produit 4 fois sur 11 cas, c'est-à-dire proportionnellement le même nombre de fois que dans les expériences qu'il a faites.

Remarquons, en passant, que la première conclusion des recherches expérimentales d'Andérodias est sensiblement la même que l'interprétation clinique donnée par Vinay, à savoir que l'avortement et l'accouchement prématuré « sont l'indice de l'infection profonde dont sont atteintes les malades ».

Il serait intéressant de rechercher si les maladies qui se développent du fait de la grossesse sont aggravées par la diphtérie surajoutée.

Nous ne trouvons dans les observations que nous avons pu recueillir qu'un cas où l'albuminurie ait été

notée avant l'apparition de la diphtérie. C'est la malade dont il est question dans l'observation XX. On ne peut pas, étant donnée l'observation, dire si la diphtérie a eu sur cette albuminurie quelque influence. L'albuminurie a persisté, voilà tout ce que l'on peut dire, elle a été considérable à un moment donné, mais jamais aucune analyse quantitative n'a été faite.

Quant aux vomissements de la grossesse, ils sont notés deux fois dans nos observations. Une première fois, ces vomissements firent faire le diagnostic de grossesse, après avoir été mis sur le compte, tout d'abord, de l'adénopathie trachéo-bronchique dont la malade était atteinte (obs. IV). Ces vomissements ne paraissent pas avoir été très graves, car la fin de l'observation nous apprend que chez cette malade la grossesse arrivée au septième mois continuait sans incidents.

Dans l'observation XVI il s'agit d'une femme enceinte pour la quatrième fois qui, à toutes ses grossesses antérieures, avait eu des vomissements. Et ces vomissements avaient été assez graves, car elle était obligée, dit l'observation, de garder le lit ou la chaise longue, du deuxième mois jusqu'au cinquième. Or la diphtérie survint chez elle à cette période critique. Cette diphtérie fut grave et la malade mit un mois et demi à se rétablir. Pendant toute cette période la malade ne vomit pas. Ce ne fut qu'à son rétablissement que les vomissements reparurent, et l'observation ajoute que leur intensité fut peut-être moins grande que pour les grossesses antérieures.

Ce fait mérite d'être noté. On ne doit évidemment pas en conclure une thérapeutique nouvelle des vomissements de la grossesse: elle serait au moins aussi étrange que ce traitement de la tuberculose par l'inoculation de la syphilis ¹. Mais on doit le conserver comme un fait curieux, laissant à des recherches ultérieures le soin de l'expliquer.

Nous n'avons pas noté dans nos observations d'autres troubles accompagnant souvent la grossesse, aggravés ou simplement modifiés du fait de la diphtérie intercurrente. Il nous reste donc à étudier l'action de la maladie qui nous occupe sur la grossesse elle-même, en un mot, de rechercher si la grossesse est troublée dans sa marche, ou interrompue dans son développement.

Tout d'abord, l'examen superficiel des observations permet de faire une première réponse. Fréquents relativement avant la sérothérapie, les avortements sont devenus très rares depuis.

1. Au cours de ses leçons faites à l'Hôtel-Dieu sur l'association des lésions syphilitiques et tuberculeuses, le Professeur Dieulafoy avait mis en lumière la bénignité des lésions tuberculeuses du poumon ou des autres organes, surajoutées aux lésions syphilitiques tertiaires, lorsque le traitement spécifique était méthodiquement appliqué. A ce propos, le Professeur Dieulafoy donna connaissance à ses auditeurs d'une lettre d'un de ses anciens élèves actuellement médecin en Grèce, ou peut-être en Roumanie: celui-ci lui proposait un moyen de traitement de la tuberculose par l'inoculation de la syphilis. On pourrait ainsi réaliser presque une nouvelle entité morbide que Ricord aimait à appeler le « scrofulate de vérole », et guérir du même coup la tuberculose qui serait devenue bénigne et la syphilis dont la guérison certaine ne ferait aucun doute. Au reste, même si la syphilis persistait ne vaudrait-il pas mieux être syphilitique que tuberculeux?

Dans les observations I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, et XIX, on n'a pas fait d'injection de sérum. Si on ne tient pas compte des observations XII et XIX où la diphtérie se déclara à la fin de la grossesse, on voit que l'avortement ou l'accouchement prématuré s'est produit dans quatre cas sur douze. Mais il faut remarquer que dans trois des cas où il n'y eut pas interruption de la grossesse, on ne sait pas ce qui se serait produit, les malades ayant succombé. D'autre part, sur les quatre femmes dont la grossesse fut interrompue, deux moururent.

Nous avons déjà fait remarquer, dans le chapitre précédent, que la diphtérie n'était peut-être pas seule responsable des cas de mort qui se sont produits, et que la trachéotomie par elle-même pourrait bien y avoir contribué dans une certaine mesure. De même, des avortements ont été observés à la suite de trachéotomies faites sur des femmes enceintes non atteintes de diphtérie. Il est donc difficile de savoir ce qui revient exactement à l'un ou à l'autre des deux facteurs qui se sont trouvés réunis dans nos observations, sauf peut-être pour l'observation XII où l'auteur fait remarquer qu'il n'y avait pas le moindre signe de travail avant l'opération. Il est probable cependant que dans la majorité des cas c'est la diphtérie qu'il faut incriminer comme cause de l'avortement, car, sur les cinq femmes qui ne succombèrent pas et qui conduisirent leur grossesse à terme, trois avaient été trachéotomisées (obs. IV, VIII, XI).

L'âge de la grossesse a-t-il quelque importance au

point de vue de l'avortement? Peut-être, mais nous ne pouvons pas l'affirmer. Nous voyons en effet que la diphtérie est survenue chez les femmes enceintes à des époques différentes de leurs grossesses. Or l'avortement ou l'accouchement prématuré a eu lieu 1 fois à 3 mois (obs. I), 1 fois à 8 mois (obs. III), 1 fois à 2 mois environ (obs. V) et une dernière fois à une époque inconnue, l'auteur ne l'ayant pas mentionné dans l'observation (obs. IX).

Examinons maintenant les cas où le traitement sérothérapique a été appliqué. Ici le tableau change. Une seule fois on voit l'avortement se produire. Et cependant, dans quelques-unes de ces observations la diphtérie fut grave. La malade dont il est question dans l'observation XIII fut particulièrement atteinte; elle eut une diphtérie qui fut compliquée d'une paralysie du voile du palais, et à la suite de la diphtérie, elle resta encore presque deux mois malade d'un érysipèle primitivement localisé à la face et qui occupa ensuite successivement la nuque, le dos, les membres inférieurs : elle accoucha à terme.

La malade de l'observation XIV mit un mois à guérir d'une diphtérie, elle reçut en 11 fois une quantité totale de 150 centimètres cubes de sérum de Roux : elle accoucha à terme.

La malade du Dr Mongour (obs. XVI) eut, elle aussi, une diphtérie fort grave, et elle avait inspiré de sérieuses inquiétudes. Elle avait du délire, le pouls très fréquent, un état général mauvais, elle conduisit néanmoins sa grossesse à terme.

Enfin, cette malade dont le Dr Martin a bien voulu nous communiquer l'observation fut elle, aussi, gravement atteinte. Entrée à l'hôpital Pasteur le 26 mai, elle n'en sortit que le 1^{er} juillet, conservant une paralysie du voile du palais. Elle avait reçu, pendant son séjour à l'hôpital, 160 centimètres cubes de sérum de Roux en 10 injections. Elle accoucha à terme.

L'observation XVIII est, elle aussi, particulièrement intéressante. Ici l'issue fut fatale pour la mère et pour l'enfant, mais loin de voir apparaître une menace quelconque, on fut obligé de provoquer l'accouchement, et cela en vain. On introduisit dans l'utérus une longue sonde œsophagienne, mais l'utérus resta rebelle, car au bout de deux heures la sonde était expulsée, mais le travail n'avait pas été provoqué.

Seule la malade dont l'observation nous a été communiquée par le professeur Chantemesse vit sa grossesse interrompue. Mais si nous examinons de plus près cette observation, nous voyons que quelques heures avant l'avortement, la température de cette malade avait atteint 40°. Nous ne sommes donc plus dans la règle générale, mais dans l'exception. Nous savons en effet que généralement, lorsque la maladie est produite par du bacille de Lœffler sans aucune association microbienne, la température n'atteint pas 40°.

D'autre part nous savons l'influence que peuvent avoir les hautes températures chez les femmes enceintes, et la fréquence des avortements dans ces conditions.

Ceci nous amène à dire quelques mots des causes qui peuvent entraîner l'interruption de la grossesse, dans les cas où la diphtérie vient la compliquer. Cette maladie étant ordinairement presque apyrétique, on ne peut pas incriminer l'influence des hautes températures dans la majorité des cas. Ollivier et après lui Vinay ont insisté sur ce fait.

On ne peut pas non plus incriminer l'excès d'acide carbonique dans le sang du fait de la difficulté de l'hématose, de l'asphyxie plus ou moins prononcée. MM. Chambrelent et Micheleau, à propos de leur observation, critiquaient cette théorie soutenue autrefois par Brown-Séquard. Nous avons vu en effet leur malade (obs. XVIII) être pendant 3 jours au moins en proie à une dyspnée d'intensité rapidement croissante, aboutissant à une asphyxie imminente, et imposant la trachéotomie d'urgence dès l'entrée à l'hôpital. Or chez cette malade non seulement on ne vit aucune menace de travail, mais encore toutes les tentatives de provoquer l'accouchement furent vaines.

Alors, il nous semble qu'Ollivier avait raison lorsqu'il incriminait un état particulier du sang, et nous croyons pouvoir conclure avec Vinay que l'interruption de la grossesse est « l'indice de l'infection profonde dont sont atteintes les malades ». Et si on ne nous avait pas mis en garde contre les affirmations absolues, nous dirions presque que l'examen des observations pourrait en donner la preuve. Nous voyons en effet la diphtérie expérimentale, et la diphtérie non traitée par la sérothérapie accompagnée quelquefois

d'interruption de la grossesse. Nous voyons, d'autre part, depuis la sérothérapie, cette interruption devenir très rare et cela dans un nombre de cas assez grand pour pouvoir permettre d'établir une relation de cause à effet.

Nous savons en outre que le sérum agit en neutralisant les effets nuisibles de la toxine diphtérique. Pourquoi donc ne serait-il pas conforme à la réalité des faits d'admettre que la sérothérapie ait agi en l'espèce par ses mêmes propriétés neutralisantes, en détruisant l'influence abortive de la toxine diphtérique?

Et si nous voulions pousser le raisonnement nous pourrions peut-être nous passer du facteur température. Nous savons que la température élevée est l'indice, dans la diphtérie non associée, d'une infection très grave. On pourrait donc admettre que dans la lutte de la toxine et de l'antitoxine, cette dernière ait été insuffisante et n'ait pas pu empêcher l'avortement, comme elle ne peut pas, dans quelques cas, conjurer le dénouement fatal. Nous ne faisons, du reste, en disant cela que répéter une idée déjà vieille de dix ans, à savoir « qu'il est plus conforme aux notions actuelles d'attribuer les contractions du muscle utérin à l'action, soit sur le muscle utérin lui-même, soit sur son appareil nerveux, des toxines élaborées par l'agent infectieux. (Vinay : Traité des maladies de la grossesse).

CHAPITRE III

Diphtérie et suites de couches.

Ce chapitre sera très court. Nous n'avons en effet absolument rien de personnel à dire sur cette question. Lorsque nous eûmes l'agréable surprise de trouver la thèse écrite par M. Andérodias, nous nous aperçûmes que toutes les recherches avaient été faites avant nous. On pourra donc, si on veut avoir une opinion sur cette question, se reporter à cet important travail, dont nous donnerons simplement ici un résumé.

Contrairement à l'étude de la diphtérie pendant la grossesse, étude qui est de date récente, celle de la diphtérie pendant la puerpéralité a depuis longtemps intéressé les auteurs. Cependant on trouve rarement des observations de diphtérie pharyngée ou laryngée. Ce sont surtout des observations de diphtérie localisée primitivement à la zone génitale, et qui s'est étendue dans quelques cas à la gorge.

Il faut remarquer que peut-être on n'a pas le droit de considérer comme de nature diphtérique toutes les

infections puerpérales à fausses membranes que les auteurs ont mis sur le compte de la diphtérie.

C'est ainsi qu'on peut considérer comme suspectes les observations de Mahieux (1857), de H.-J. Garrigues (1885).

En 1890, MM. Erhardt et Favre publiaient, dans les *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, l'exposé de leurs recherches au sujet d'une épidémie de diphtérie puerpérale survenue à la Maternité de Paris. Ici c'était bien le bacille de Klebs-Löffler qu'on pouvait incriminer. Ils firent des recherches qui montrèrent qu'il en était ainsi, contrairement aux idées de Widal qui croyait que le streptocoque pyogène avait la faculté de produire la diphtérie puerpérale. Il faut dire cependant que des cultures ne furent pas faites, et que les auteurs conclurent à l'existence du bacille de Loeffler, parce que, ayant injecté dans les yeux de plusieurs lapins les produits de sécrétion de la muqueuse vaginale des femmes atteintes, ils virent apparaître des fausses membranes à l'endroit d'inoculation, et des paralysies des extrémités postérieures.

Andérodias a retrouvé 6 observations qui prouvent bien, dit-il, l'existence de la diphtérie puerpérale à bacille de Klebs-Löffler.

Voici le résumé de ces observations :

1^{re} Hervieux publie en 1866 le cas d'une femme qui mourut subitement dans un accès de suffocation des suites d'une diphtérie maligne. On trouva à l'autopsie des fausses membranes tapissant une partie des bronches.

2° Le cas de Fritz Gérald (Brit. M. J. London, 1895, II, 77), a trait à une femme, ayant eu lors de son accouchement une déchirure du périnée, et qui eut le lendemain mal à la gorge. La température fut de 39° 4 le 8^e jour, et on remarqua l'existence d'une fausse membrane siégeant à l'endroit de la plaie périnéale. De même une fausse membrane tapissait le pharynx. L'enfant fut atteint en même temps. La localisation primitive fut chez lui au niveau de l'ombilic, mais la diphtérie s'étendit rapidement à la gorge et l'enfant succomba. La mère guérit mais eut une paraplégie deux mois environ après le début. Le bacille de Klebs-Loeffler n'avait pas été trouvé.

3° Bumm (Zeitschr. f. Geburtsh, und Gynak Stuttg. 1895, XXXIII, 126-136) put établir, par l'examen microscopique, la nature diphtérique d'une infection puerpérale à fausses membranes survenue chez une nouvelle accouchée. La température était élevée (41° 2 le 3^e jour) et le pouls rapide (112). Le traitement consista en des injections de sérum anti-diphtérique, en lavages et cautérisations des membranes diphtériques.

La malade guérit. On avait trouvé par l'examen bactériologique un gros diplocoque non pathogène et le bacille de Loeffler. Pas de streptocoque.

4° W. Williams (The American Journ. of obstetrics, août 1898 ; In Obstétrique, janv. 1899) a observé le cas d'une femme dont l'enfant mourut, peu de jours après sa naissance, atteint de diphtérie. Cette femme, le 10^e jour après son accouchement, commença à souffrir

au niveau des organes génitaux, eut ensuite de l'incontinence d'urine et fit appeler un médecin. L'auteur appelé en consultation remarqua des fausses membranes. Le pouls battait à 100, la température était normale. La malade reçut des injections de sérum et guérit. L'examen bactériologique montra l'existence du bacille de Lœffler à l'état de pureté.

5° Piassetsky (A.) (Ejenedelink, Saint-Pétersbourg, 1900, VII, 129-137) fut appelé le lendemain de l'accouchement auprès d'une malade qui se plaignait de souffrir des organes génitaux. Ce ne fut que 6 jours après que l'auteur vit apparaître des fausses membranes. Le traitement consista en des injections de sérum et des lavages intra-utérins. Température, 39° 3; pouls, 120. Guérison au 15° jour environ.

6° Après avoir observé et étudié l'épidémie de diphtérie de la maternité, Favre (*Annales de la Société obstétricale de France*) eut l'occasion d'observer, en 1899, un nouveau cas de diphtérie puerpérale. Il remarqua en effet que le lendemain de l'accouchement une de ses malades avait des fausses membranes recouvrant 3 petites plaies à l'entrée du vagin. Le traitement local par des attouchements à l'eau sulfureuse, et des injections d'eau alunée, firent tomber ces exsudats au bout de six heures. Les cultures faites avec les fausses membranes donnèrent naissance à des colonies de bacilles de Lœffler et de streptocoques.

On voit donc, par le résumé de ces observations, que jamais la diphtérie n'a été grave chez les femmes en état puerpéral. Les observations trop peu nombreuses

pour juger la question permettent néanmoins de dire que la diphtérie puerpérale, à bacilles de Loeffler, existe. Les cas qui ont été observés ont été bénins et jamais il n'y a eu de cas de mort pour les femmes. Une seule fois sur 6 observations, on a constaté une paralysie assez grave qui a mis neuf semaines pour guérir.

Nous ne croyons pas que l'observation XXI qu'on a pu lire en tête de ce travail puisse être cataloguée parmi les diphtéries puerpérales. Il nous semble en effet que la malade était déjà atteinte lors de son accouchement, bien que le premier examen n'ait été fait que 4 jours après l'accouchement.

Ici se placerait une question d'une grande importance pratique, celle de savoir si une mère atteinte de diphtérie pendant sa grossesse peut allaiter son enfant, ou encore si une nourrice atteinte de diphtérie pendant l'allaitement ne doit pas sevrer son enfant. Andérodias a pu étudier une observation qui lui a été communiquée par le professeur Arnozan. C'est l'histoire d'une nourrice allaitant son enfant qui fut atteinte de diphtérie. Le traitement sérothérapique ne fut pas appliqué. Pour savoir si après la guérison l'allaitement pouvait être continué, le professeur Arnozan donna pour toute nourriture à des cobayes du lait provenant de cette femme. Il nourrissait en même temps des cobayes qui servaient de témoins, avec du lait de vache. Les premiers animaux ne tardèrent pas à succomber, tandis que les témoins survécurent. Il semblait donc que les toxines aient été éliminées par le lait et qu'il y

avait tout intérêt à ne pas donner à l'enfant ce lait intoxiqué. Nous donnons simplement l'exposé de ces expériences et nous ne croyons pas pouvoir en tirer de conclusion.

Remarquons seulement que dans nombre de cas nous avons vu des femmes atteintes de diphtérie pendant leur grossesse à une époque plus ou moins avancée et allaiter ensuite leur enfant sans aucun inconvénient. C'est ainsi que les malades des observations XIV et XX ont allaité leur enfant. Ces deux malades avaient été soignées par des injections de sérum antidiphtérique. Peut-on dire pour cela que le sérum antidiphtérique ait alors propriété antitoxique au point de vue de la sécrétion lactée? Peut-être, mais on ne peut rien affirmer. Il serait désirable que des recherches soient faites sur ce point et qu'une solution pratique intervienne qui rassurerait le médecin pour le plus grand bien de ses malades.

CHAPITRE IV

Influence de la diphtérie maternelle sur le produit de la conception.

La question de l'influence des maladies maternelles sur le fœtus n'est pas nouvelle. « Dès 1835, nous dit Lop, Flourens nourrit une chienne pendant les quarante-cinq derniers jours de la gestation, avec des aliments mêlés à la garance ; il détermine ainsi une coloration rouge des os chez les cinq petits qu'elle met bas. » Depuis cette époque les travaux se sont multipliés sur la matière qui ont montré que les infections maternelles ont une réelle influence sur la santé du fœtus.

Nous ne pouvons pas passer sous silence les travaux de Pasteur sur la pébrine et la flacherie chez les vers à soie, travaux qui ont montré « deux formes de l'hérédité dans les maladies infectieuses ; dans l'une, le germe passe directement de la mère à l'embryon : c'est l'*hérédo-contagion* ; dans l'autre, l'héritage consiste dans une simple aptitude à contracter la maladie,

c'est l'*hérédo-prédisposition*. » (Marfan. Les infections congénitales des nouveau-nés. Paris, 1897.)

On sait encore, depuis longtemps, que l'enfant né d'une mère malade peut avoir, de ce fait, une certaine immunité pour certaines maladies. Chauveau, dans un remarquable discours, plaçait ces mots dans la bouche d'une mère : « Tu partages mon sang et ma vie, peut-elle dire à l'enfant qu'elle porte dans son sein. Je te donne ma vigueur et ma beauté, les qualités qui ornent mon cœur et mon intelligence ; tu as de plus à attendre de moi la santé, si ton père veut bien respecter la mienne. Des maladies qui s'abattront sur moi, tu tireras parfois un principe de résistance aux effets de la contagion à laquelle tu seras exposé, plus tard, quand tu jouiras de la vie propre. Pour t'assurer cette préservation, je pourrai même courir au-devant du mal et rechercher volontairement l'inoculation infectieuse qui te procurera, par mon intermédiaire, le précieux bénéfice de cette immunité. »

Enfin, depuis quelque temps la question est entrée dans le domaine de la médecine expérimentale. Arloing, Cornevin et Thomas, montrent le passage du microbe du charbon symptomatique de la mère au fœtus. En 1883, Chambrelent et Strauss démontrent le même fait pour le choléra des poules. Widal et Chantemesse retrouvent le bacille d'Eberth à l'état de pureté dans les organes des petits de femelles qu'ils avaient inoculées. Enfin, en 1888, Malvoz démontre que les microbes pathogènes peuvent produire des

lésions des villosités choriales, et franchir le placenta à la faveur de ces lésions.

Les faits cliniques, d'autre part, sont aujourd'hui très nombreux, et on sait, pour ne parler que des maladies aiguës, que des enfants sont nés, porteurs de pustules varioliques, atteints de rougeole, de scarlatine, ou d'autres maladies. Enfin, nous savons que, généralement, lorsque des femmes enceintes sont vaccinées pendant leur grossesse, les enfants sont réfractaires à la vaccination.

Pour la diphtérie, tout porte à croire qu'il en est de même. Nous n'avons trouvé que très peu de documents à ce sujet, et Lop, dans son article si documenté (*Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 73), dit ne connaître qu'une observation de diphtérie congénitale : celle de Polavkloff (*Dietskja Medizina*, 1896, n° 3). D'après les documents que nous possédons, nous ne savons donc pas si le bacille de Loeffler passe de la mère au fœtus. Mais nous savons que la diphtérie chez la femme enceinte retentit probablement par ses toxines sur le fœtus, cela nous paraît démontré par l'observation XVIII. Si on veut bien se reporter à l'examen histologique qui a été fait des organes du fœtus, on verra, outre les phénomènes congestifs qu'on retrouve ordinairement, des phénomènes de dégénérescence, tant au cœur qu'au foie et qu'au rein, qu'on ne peut expliquer que par l'infection maternelle. On n'a retrouvé de microbes ni dans le placenta ni dans les divers organes du fœtus.

Les données cliniques auraient été pour nous très

précieuses. Mais il semble que dans la plupart des observations on se soit un peu désintéressé de l'enfant. On ne donne sur lui, quand on en donne, que des renseignements vagues. On dit presque, comme tout le monde dit : l'enfant est beau, superbe, ou bien chétif, mais nous voyons très rarement donner des chiffres desquels nous aurions pu tirer quelques conclusions utiles. Il semble qu'on n'accorde à l'enfant qu'une importance secondaire, et, de fait, nombreux sont les médecins qui, selon l'expression du professeur Pinard, ne considèrent pas l'enfant comme un être, mais comme un devenir.

Nous serons donc obligés de nous en tenir à ces données et dire que l'enfant est « beau », « magnifique », « chétif », ou simplement « bien portant ».

Dans 11 des observations que nous avons recueillies, nous trouvons des renseignements sur les nouveau-nés. De plus, nous avons des renseignements sur un enfant né d'une mère ayant eu la diphtérie pendant sa grossesse, et dont nous n'avons pas pu avoir l'observation. Sauf l'enfant de l'observation XVIII, tous ces enfants étaient vivants à la naissance, et aucun n'avait trace de diphtérie.

Au point de vue du poids de ces enfants, nous n'avons des indications que pour 5 d'entre eux. Nous négligeons comme suspects les renseignements fournis par l'observation XX. L'enfant ne fut pas pesé. La sage-femme évalua son poids à trois livres et demie ou quatre livres, mais tout cela est bien approximatif. Dans tous les cas, il faut remarquer que même si l'évaluation a été juste,

on ne pourrait pas affirmer que la diphtérie soit cause de ce faible poids pour un enfant né à terme. La femme était albuminurique en effet, avant la diphtérie, et continua probablement à l'être après sa guérison. D'autre part, elle ne suivit aucun traitement à ce point de vue. On pourrait donc croire que nous soyons là en présence d'un de ces « enfants-araignées » qui ont souffert pendant leur vie intra-utérine du fait de l'insuffisance de leur « garde-manger ». On ne peut pas l'affirmer cependant, car nous n'avons pas pu savoir dans quel état était le placenta et si oui ou non il y avait eu des hémorrhagies intra-cotyliedonnaires.

Dans l'observation XIII, l'enfant pesait près de 3 kilos. La mère était secundipare. On peut donc dire que, étant donné le poids moyen des enfants des multipares, celui-ci n'était pas à terme. En effet, quoique la date des dernières règles ne soit pas bien indiquée, on voit que l'enfant est né, en mettant les choses au mieux, dans le cours du neuvième mois et non à plein terme.

Dans l'observation XIV, l'enfant pesait 2 kilogr. 880 grammes. Ici la grossesse paraît être allée jusqu'à terme, du moins si on s'en tient aux données mathématiques. Il faut remarquer cependant qu'il peut en être autrement. Il pourrait se faire, ce qui arrive quelquefois, que la femme ait été fécondée immédiatement avant la première période menstruelle qui a manqué, et nous nous trouverions alors en présence d'une grossesse de 8 mois et demi environ.

L'enfant dont il est question dans l'observation XVI

avait encore un poids moindre. Sa mère était, elle aussi, une multipare, et nous ne savons pas encore si la grossesse est allée jusqu'à terme, car il n'y a dans l'observation aucune indication relative aux dernières règles.

Les autres enfants dont nous connaissons les poids (obs. XXIV, et communication de M. Lepage à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie), étaient au contraire, à juste titre, de très beaux enfants. Le premier pesait à sa naissance 3,885 grammes, et le deuxième, fils d'une primipare, 3,600 grammes. Pourquoi donc une première série d'enfants moins bien développés qu'à l'ordinaire et une deuxième série d'enfants aussi bien sinon mieux développés? Les conditions sont pourtant les mêmes en apparence. Mais au fond, nous voyons qu'il n'en est rien. L'état général de la malade de l'observation XIII a été mauvais tout le temps de sa grossesse : elle eut consécutivement la diphtérie et un érysipèle. La malade de l'observation XIV eut une diphtérie prolongée et fut, par conséquent, longtemps sous le coup de l'intoxication diphtérique. Enfin la malade de l'observation XVI eut une maladie longue, suivie d'une convalescence pénible, et nous trouvons, dans le mauvais état général prolongé des malades, une raison du mauvais développement de leurs enfants. Car la malade de l'observation XXIV ne fut pas longtemps sous le coup de la diphtérie; le 3^e jour, en effet, la dernière fausse membrane était expulsée. Enfin la convalescence fut particulièrement bonne, et on s'explique que l'enfant n'ait pas eu le temps de souffrir beaucoup.

De même, M. Lepage n'a pas beaucoup insisté sur la gravité de la diphtérie de sa cliente. Elle reçut plusieurs injections de sérum, mais nous ne savons pas si la maladie elle-même fut longue et grave.

Donc tant vaut la santé de la mère, tant vaut celle de l'enfant, et nous arrivons à conclure que moins la diphtérie amènera chez la femme enceinte un état général grave, mieux l'enfant sera développé.

La communication de M. Lepage à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie portait sur un cas très curieux. Il s'agissait d'une femme, très névropathe, ayant eu la diphtérie au cours de sa grossesse, et ayant reçu plusieurs injections de sérum. Or l'enfant né à terme, pesant 3,600 grammes, bien développé, ne voulut pas téter, et cela pendant 16 jours. Après quoi tout rentra dans l'ordre. Cette communication venait après une communication de M. Legendre sur un cas à peu près semblable. Ici, c'était la rougeole qui avait apparu pendant la grossesse. M. Legendre se demandait si l'état infectieux observé pendant la grossesse ne pouvait pas être incriminé, car il n'avait retrouvé chez les parents, pas plus que M. Lepage, du reste, de traces de syphilis. Le même résultat observé après deux maladies infectieuses pourrait peut-être donner raison à cette théorie qu'on pourrait expliquer par une imprégnation des centres nerveux par les toxines infectieuses. Mais les faits sont trop peu nombreux, nous ne pouvons pas conclure.

La diphtérie de la mère confère-t-elle l'immunité pour cette maladie à l'enfant qu'elle a dans l'utérus ?

Il semble que non. Dans une observation, en effet (obs. XVIII), l'enfant fut atteint de diphtérie quelques jours après la naissance. Or, sa mère avait eu la diphtérie 3 jours avant sa naissance. Il est vrai que l'injection de sérum n'avait pas été faite alors, et on peut se demander si l'injection de sérum à titre curatif pour une femme enceinte n'agirait pas préventivement sur l'enfant, au moins pendant un temps égal à celui de l'immunité conférée à l'adulte par les injections préventives du sérum.

Les observations dont nous disposons ne permettent pas de répondre à cette question, et nous verrons, du reste, que cette donnée scientifiquement intéressante sans doute, ne serait pas d'un grand intérêt pratique. L'expérience montre, en effet, qu'on peut sans inconvénient faire des injections préventives de sérum antidiphtérique aux nouveau-nés, et les mettre ainsi à l'abri de toute contagion.

CHAPITRE V

Traitement.

On ne discute plus guère actuellement sur la question de savoir quel est le meilleur traitement de la diphtérie en général. Depuis longtemps la sérothérapie a fait ses preuves, et s'est universellement substituée, associée ou non avec d'autres moyens thérapeutiques, aux traitements antérieurs.

Mais si tous les auteurs proclament la supériorité incontestable du sérum antidiphtérique, certains font des réserves : Le professeur Arnozan, en effet, croit à certaines contre-indications de la sérothérapie ; « des circonstances doivent se rencontrer, dit-il, où l'hésitation est tout au moins permise. En présence d'un brightique, d'un cardiaque, d'un scarlatineux, d'une femme enceinte, doit-on pratiquer l'injection ou s'abstenir ? L'expérience n'a pas encore répondu à ces questions, et jusqu'à ce qu'elles soient théoriquement résolues, chaque praticien se guidera d'après son instinct clinique ».

Il n'en est pas de même de MM. Debove et Achard. Après une étude approfondie du sujet, ils concluent qu'il n'y a pas de contre-indications à la sérothérapie.

Nous avons vu, du reste, dans l'étude clinique que nous avons faite plus haut, que, depuis la sérothérapie, la diphtérie chez la femme enceinte était moins grave, donnait lieu à une mortalité moindre, et que, de plus, la grossesse n'était que très rarement interrompue. La conclusion s'impose donc. Sitôt qu'une angine se déclare, de nature douteuse mais qu'on a de sérieuses raisons de croire de nature diphtérique et surtout si on ne peut pas avoir rapidement le résultat d'un examen bactériologique, faire sans attendre une injection de sérum antidiphtérique.

La sérothérapie en effet constitue ici un traitement doublement précieux, car, en guérissant la diphtérie, il écarte les chances d'interruption de la grossesse, condition qui, nous l'avons vu, aurait pu donner à la diphtérie une allure plus grave. Du reste, le traitement de la diphtérie chez la femme enceinte ne comporte aucune indication spéciale, et nous ne répéterons pas ce qui a été dit dans tous les livres de thérapeutique.

Au point de vue des doses de sérum à employer, nous avons vu dans nos observations qu'elles sont variables. Chez certaines malades 20 cc. ont suffi pour amener la guérison, alors que chez d'autres, ce n'est qu'après avoir injecté 160 cc. que ce résultat a été atteint.

Donc la femme enceinte atteinte de diphtérie doit être considérée et soignée comme un adulte atteint

de diphtérie. On ne doit pas craindre sa grossesse, et surtout on ne doit pas croire que la grossesse est une contre-indication aux injections de sérum.

Si le croup survient, si la trachéotomie s'impose, on doit faire la trachéotomie. C'est une opération grave. Nous insisterons après Andérodias sur le développement des veines du corps thyroïde dans certaines grossesses, et nous rappellerons qu'une malade mourut d'une hémorrhagie provenant de ces veines (obs. II).

Nous avons dit qu'on ne devait pas craindre la grossesse, nous ajouterons qu'on ne doit pas s'en occuper. La question en effet ne peut pas se poser de provoquer l'accouchement, car nous avons vu que la diphtérie n'était pas aggravée du fait de la grossesse, et nous savons qu'« on doit interrompre la grossesse quand une maladie produite ou aggravée par elle, menace la vie de la femme. » (Pinard. Rapport au Congrès de Rome, 1902).

Le traitement des complications de la diphtérie ne comporte dans le cas qui nous occupe aucune indication spéciale.

Si la diphtérie survient chez une femme accouchée, le sérum ne perd rien de son pouvoir. Il est évident que le traitement de la diphtérie ne doit pas faire oublier la possibilité d'une infection puerpérale. Widal a démontré que le streptocoque pouvait produire des fausses membranes diphtéroïdes. Si donc on voit apparaître à la vulve une fausse membrane de nature douteuse, on ne négligera pas les soins locaux, en

pensant à la possibilité d'une injection streptococcique, tout en injectant le sérum antitoxique, en pensant à la probabilité de la diphtérie.

Les enfants nouveau-nés, nous l'avons vu, peuvent aussi prendre la diphtérie. On pourrait croire, étant donné leur faible poids, qu'une petite quantité de sérum pourrait être nuisible. Il n'en est rien. Nous avons vu que dans l'observation XVII on injecta 350 unités antitoxiques à un enfant nouveau-né, et que cet enfant guérit. Nous n'avons pas trouvé d'autres cas où le sérum ait été employé à titre curatif, mais nous verrons que des injections de sérum de 3 cc. faites à des nouveau-nés ne présentent aucun inconvénient. Un cas qui se rapproche un peu de notre sujet a été publié par le D^r Fournier, qui montre que le jeune âge du sujet n'est pas une contre-indication à la sérothérapie, car à un enfant de 6 semaines, il fit 4 injections de 5 cc. chacune. Ces 20 cc. réussirent à guérir une diphtérie très grave, car elle était généralisée et on trouvait des fausses membranes à la gorge et à l'anus. Ces fausses membranes disparurent le 13^e jour.

CHAPITRE VI

Prophylaxie de la diphtérie chez les femmes enceintes.

Nous ne voulons pas répéter ici les moyens prophylactiques qui doivent être mis en jeu contre la diphtérie. Il est évident qu'un malade atteint de diphtérie sera soigneusement isolé. On ne devra l'approcher qu'après des précautions minutieuses de propreté. De même, lorsqu'on s'éloignera de lui on procédera à une toilette minutieuse des mains et du visage. Pendant le séjour dans la chambre du malade on revêtira des vêtements spéciaux, de préférence un sarrau qu'on enlèvera avant de sortir.

Tous les objets qui auront été en contact avec le malade : fourchettes, cuillers, verres, etc., seront soigneusement stérilisés avec de l'eau bouillante chaque fois que le malade s'en sera servi.

Ces précautions seront continuées tout le temps que l'examen bactériologique relèvera la présence de bacilles de Loeffler.

Nous ne voulons pas insister sur ces moyens prophylactiques qui sont décrits partout. Nous voulons seulement les rappeler, et étudier plus longuement un autre procédé de prophylaxie en grand honneur chez les médecins d'enfants, nous voulons dire les injections préventives de sérum antidiphtérique.

**Les injections de sérum antidiphtérique
en général
et chez les femmes enceintes en particulier.**

Nous demandons, bien que cela n'entre pas dans les limites de notre sujet, de consacrer quelques lignes à l'histoire de la sérothérapie préventive de la diphtérie en général. Cette histoire, en effet, est sinon instructive, du moins intéressante.

Signalée en 1894 par Roux dans une communication célèbre au Congrès de Budapest, la valeur prophylactique des injections de sérum antidiphtérique fut d'abord en très grand honneur partout, sauf chez nous. On vit tous les savants du monde entier accueillir avec empressement cette découverte française, que seuls les Français critiquaient très durement. Il faut cependant citer les noms de Roux, Martin, Chailloux, Chantemesse, Moizard qui accordèrent, dès le début, leur confiance à ce procédé de prophylaxie.

Les adversaires de la méthode signalaient des acci-

dents appréciables souvent, graves et même mortels dans quelques cas, tout en reconnaissant que dans certaines circonstances on pouvait en retirer quelque profit. Un malheur surtout émut le monde médical. Le professeur Langerhans, de Berlin, ayant vu mourir plusieurs de ses enfants de la diphtérie, voulut sauvegarder sa fillette, et lui fit une injection préventive de sérum : l'enfant mourait quelques instants après. On donna à ce malheur une grande publicité. Nous avons retrouvé dans l'*Indépendance médicale* (1896, p. 130) une notice à ce sujet où l'auteur incrimine le sérum. Il est probable, dit-il en substance, qu'on a voulu donner au professeur Langerhans du sérum plus actif comme on en garde pour les amis, « du sérum de derrière les fagots », et que, voulant trop bien faire, on aurait causé cette catastrophe. Nous avons vu ailleurs, notamment dans le *Précis de thérapeutique* de M. Arnozan, cet exemple cité pour faire réfléchir les partisans de la sérothérapie préventive. On vécut longtemps sous l'influence de l'émotion causée par ce désastre. En 1902, seulement, on s'aperçut qu'on avait oublié de rechercher si l'autopsie avait été faite. On s'inquiéta alors de la cause de cette mort et on trouva qu'elle avait été causée par l'asphyxie, du fait de la pénétration d'un vomissement alimentaire dans la trachée. (*Bulletin médical*, 1902, p. 588).

Jusqu'en 1899, long silence. A ce moment parut la relation de l'épidémie de Flaviac arrêtée en quelques jours par le Dr Martin au moyen des injections préventives de sérum. En même temps, des médecins de Saint-

Étienne obtiennent le même résultat de la même façon à l'orphelinat de Rez. L'année suivante, Guinon parvient à interrompre, encore de la même façon, une épidémie de diphtérie dans le service d'enfants à la Salpêtrière.

Enfin, en 1901, après la communication de Netter, l'Académie de Médecine, par la voix de Sevestre, consacra solennellement la réhabilitation des injections préventives du sérum antidiphtérique. Le comité consultatif d'hygiène vulgarisa cette méthode par des instructions adressées aux familles. La note discordante ne pouvait pas manquer et la société médicale d'un arrondissement de Paris protesta contre les instructions données par le Comité d'hygiène comme portant atteinte à la liberté du praticien (!).

Malgré tout, le rapport de Sevestre contenait des réserves. Les injections préventives de sérum antidiphtérique devaient être réservées aux enfants seuls. Les adultes en effet supportent moins bien l'injection de sérum : chez eux, les accidents existent et peuvent être graves. D'autre part, les adultes sont moins exposés que les enfants à la diphtérie, et cette maladie évolue chez eux assez lentement pour pouvoir permettre un examen bactériologique : en cas de diphtérie, le sérum sera alors employé à titre curatif.

Ces réserves furent accueillies presque avec indignation par un médecin des hôpitaux de Saint-Étienne, le Dr Roussel. Dans un article paru dans la *Loire Médicale*, 1902, p. 213, il réclame pour tous, enfants, adultes, vieillards, le bénéfice de la prophylaxie de la

diphtérie par les injections préventives de sérum. Il traite presque Sevestre de réactionnaire. « Dans notre région stéphanoise, dit-il, nous sommes, semble-t-il, plus ouverts à l'esprit pastorien. » Répondant à cette affirmation de Sevestre que la diphtérie est rare, et moins grave chez l'adulte, il rappelle qu'à son propre foyer, la mère fut atteinte de diphtérie maligne en soignant son fils atteint de diphtérie. « Il faut considérer chaque famille, où éclate un cas de diphtérie, dit-il, comme une agglomération minuscule, il faut la traiter tout à fait comme une crèche, un orphelinat, une salle d'hôpital ; ni l'âge, ni la maladie ne doivent arrêter le médecin. Ce n'est pas le moindre avantage d'une pratique aussi rigoureuse que de permettre à toutes les personnes d'approcher le petit diphtérique sans aucune précaution personnelle. Et l'enfant malade a besoin de caresses tout autant et plus encore qu'à l'état de santé. Il est bon que les mères puissent leur témoigner leur tendresse sans crainte ni arrière-pensée..... Lorsque dans une famille un enfant est atteint de diphtérie, il est nécessaire de faire une injection de sérum antidiphtérique à toutes les personnes de la famille, à tous les domestiques de la maison, sans aucune distinction d'âge. »

Cet article est d'autant plus intéressant pour nous, que l'auteur discute si on doit ranger les femmes enceintes dans la règle commune. « En présence d'une femme enceinte, dit-il, certes l'hésitation est permise et je l'ai connue. Aujourd'hui ma conduite est réglée : les femmes enceintes ne doivent pas être soustraites à

l'injection préventive. » — Cette ligne de conduite est appuyée par trois observations personnelles que nous signalerons brièvement. Trois fois, en effet, l'auteur fut appelé à donner des soins à des enfants atteints de diphtérie dans la famille desquels se trouvaient des femmes enceintes. Ce fut d'abord le 25 juin 1899. L'âge de la grossesse était de 4 mois. Une deuxième fois, le 18 octobre 1899 (Grossesse de 3 mois); enfin, le 1^{er} août 1901 (Grossesse de 8 mois). Dans ces trois cas, Roussel injecta préventivement à ces femmes enceintes 5 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Il n'y eut jamais d'accidents. Cette pratique paraîtra peut-être timide, mais il faut remarquer que deux fois ces injections ont été faites alors que la majorité des médecins était sinon hostile aux injections préventives de sérum antidiphtérique, du moins sceptique sur leur valeur.

Nous avons dit dans quelles circonstances notre maître, M. le Dr Potocki, fut amené à se servir de ce moyen de prophylaxie. Nous reproduisons ci-dessous le résumé des observations de 100 femmes accouchées dans sa Maternité improvisée de l'Asile Michelet. Nous avons négligé tout ce qui était étranger au sujet et nous avons tâché de condenser dans le moins de place possible les seuls renseignements utiles.

**Résumé des observations recueillies
à l'Asile Michelet
et dues à la bienveillance de M. le D^r Potocki.**

N° 1. — O... (Jeanne), ?pare. Est à l'asile depuis (?).
Dernières règles 18-24 mai.

5 mars. — A 3 heures du soir accouchement spontané à terme normal. Délivrance complète.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

(?). — Sortie.

Les suites de couches ont été normales.

Pas d'accidents dus au sérum.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — (L'enfant n'est pesé que ce jour : 3,680 gr.).

Léger érythème de la région frontale.

Sortie, poids, 3,725 grammes.

N° 2. — L... (Louise) ? pare. Est à l'asile depuis 17 jours.
Dernières règles 15-17 mai.

6 mars, à midi. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance complète, normale.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Suites de couches : 10 mars. — Temp. 39,5. Injection intra-utérine. Le lendemain et les autres jours, Temp. entre 36,5 et 37. .

16 mars. — Sortie, malgré les observations faites.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Première pesée : 3,750 grammes.

Aucun accident dû au sérum à signaler jusqu'à la sortie.

16 mars. — Sortie, poids : 3,600 grammes (l'enfant a depuis 2 jours de la diarrhée verte).

N° 3. — D... (Berthe), primipare. Est à l'asile depuis 1 mois. Dernières règles 9-12 juin.

6 mars. — A 6 h. 50 soir, accouchement spontané à 8 mois 1/2 normal. Délivrance complète normale.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphtérique. Jusqu'à la sortie aucun accident sérique à signaler.

Suites de couches normales.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphtérique.

10 mars. — Première pesée : 2,475 grammes.

Jusqu'à la sortie aucun accident dû au sérum à signaler.

20 mars. — Sortie, poids : 2 kilog. 750.

N° 4. — H... (Juliette), primipare. Est à l'asile depuis 37 jours. Dernières règles du 20 au 27 mai.

6 mars. — 11 h. 30 s., accouchement normal spontané. Délivrance complète normale.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphtérique.

Suites de couches: 10 mars, soir : Temp. : 38° 8. Injection intra-utérine et la température baisse et reste normale jusqu'au

16 mars. — Temp. : 39, Lymphangite du sein. Pansement humide.

18 mars. — Sortie malgré les observations.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphtérique.

10 mars. — Première pesée : 2,550 grammes.

L'enfant augmente jusqu'au 14 (2 kilog. 650) puis baisse (2 kilog. 525) par suite d'un peu de diarrhée verte.

18 mars. — Sortie, poids 2,650 grammes. Aucun accident imputable au sérum n'a été observé.

N° 5. — G... Marguerite, 22 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 10 jours. Accouchement antérieur normal; enfant mort en bas âge, de?

Dernières règles, 1^{er} au 3 juin.

7 mars. — A minuit 20, accouchement spontané à terme normal. Délivrance complète normale.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Suites de couches : — 11 mars. — Injection intra-utérine pour fétidité des lochies sans élévation de température.

Aucun accident sérique à signaler.

17 mars. — Sortie sur sa demande.

Enfant. — 8 mars. — Injection de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Première pesée : 4,100 grammes.

17 mars. — Sortie, poids 4,050 grammes. Aucun accident sérique à signaler.

N° 6. — B... Marie, primipare. Est à l'asile depuis 38 jours. Dernières règles, 24-27 mai.

7 mars. — 3 h. 30 matin, accouchement spontané près du terme. Délivrance complète, normale.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : néant.

Accidents dus au sérum :

16 mars. — Temp. : 37°8, P. 108, le matin; temp. : 38°4 le soir. — On constate une éruption scarlatiniforme sur les seins.

17 mars. — Temp. 37°4 le matin; 39°8 le soir. — L'éruption qui a un peu pâli au niveau des seins s'est propagée à

la paroi abdominale et à la partie supérieure de la face antéro-interne des cuisses.

18 mars. — Temp. 37°2 le matin; 37°3 le soir. — L'éruption est beaucoup plus pâle.

19 mars. — Température reste normale, l'éruption a disparu.

25 mars. — Sortie.

Enfant. — 8 mars. — Injection de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Première pesée : 2,600 grammes.

25 mars. — Sortie. Poids : 3,175 grammes. Aucun accident imputable au sérum à signaler.

N° 7. — T... (Alice), 19 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Dernières règles, 9-17 mai.

7 mars. — 4 heures du matin, accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale, complète.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : néant.

13 mars. — Accidents dus au sérum : léger érythème localisé aux membres supérieurs avec une température de 37°8.

20 mars. — Sortie.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Première pesée : 2,800 grammes.

13 mars. — Sortie. Poids : 2,950 grammes. Aucun accident sérieux.

N° 8. — P... (Annette), 29 ans, primipare. Est à l'asile depuis trois semaines. Dernières règles, 6-12 mai.

7 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : néant. Accidents dus au sérum : néant.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Première pesée : 3,000 grammes.

16 mars. — Sortie. Poids : 3,100 grammes. Aucun accident sérique.

N° 9. — A.. (Berthe), 19 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois. Dernières règles, du 10 au 15 juin.

8 mars. — Accouchement spontané 8 mois 1/2 normal. Délivrance normale complète. Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : 17 mars, lymphangite du sein. Temp. 38°8. Accidents dus au sérum : néant.

18 mars. — Sortie.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Première pesée : 2,300 grammes.

18 mars. — Sortie. Poids : 2,400 grammes. Aucun accident du sérum.

N° 10. — C... (Louise), 18 ans, primipare. Est à l'asile depuis 15 jours. Dernières règles, 3-5 juin.

8 mars. — Accouchement spontané près du terme normal. Délivrance normale. Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : néant. Accidents dus au sérum : néant.

17 mars. — Sortie.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Première pesée, 2,775 grammes.

17 mars. — Sortie. Poids : 2,740 grammes. On avait constaté chez l'enfant quelques points d'érythème à la face, à l'abdomen et aux membres inférieurs sans élévation de température.

N° 11. — G... (Blanche), 18 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Accouchement antérieur normal à terme. Enfant vivant actuellement. Dernières règles ignorées. Pas d'albumine.

8 mars. — Accouchement normal, spontané, à terme. Délivrance normale, complète. Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : néant. Accidents dus au sérum : 10 mars, éruption de plaques rouges arrondies, œdémateuses, ressemblant un peu à de l'érythème noueux et localisées aux avant-bras et aux mains. Cette éruption est prurigineuse. Pas d'élévation de température.

11 mars. — Nouvelles plaques de même nature sur la cuisse gauche.

12 mars. — L'éruption a disparu.

Enfant. — 8 mars. — Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Première pesée : 4,075 grammes.

25 mars. — Sortie. Poids : 4,180 grammes. Aucun accident du sérum.

N° 12. — B... (Marie), 29 ans, Vpare. Est à l'asile depuis 2 mois. 4 accouchements antérieurs normaux, spontanés à terme. — 3 enfants vivants, 1 mort en bas âge. Dernières règles : 12-20 mai.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale. Suites de couches normales. Pas d'accidents dus au sérum.

22 mars. — Sortie.

Enfant. — 10 mars. — Poids de naissance : 3,950 grammes (dépassé le 5^e jour). Injection de 3 cc. de sérum antidiphthérique.

23 mars. — Sortie. Poids : 4,325 grammes. Aucun accident sérique.

N° 13. — Q... (Joséphine), 21 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois. Dernières règles : du 18 au 21 mai.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : néant.

Accidents du sérum. — 13 mars. — Temp. 37° 9. Éruption scarlatiniforme sur l'abdomen et le thorax qui envahit ensuite la partie supérieure des cuisses.

16 mars. — L'éruption a disparu. Sortie.

Enfant. — 10 mars. — Poids de naissance : 3,325 gram. (L'enfant n'a pas été pesé régulièrement). Injection de 3 cc. de sérum antidiphthérique. Sortie. Aucun accident sérique.

N° 14. — E... (Angélique), IIIpare. Est à l'asile depuis 15 jours. 2 accouchements antérieurs, 1 normal à terme, enfant vivant, l'autre à 6 mois et demi, enfant mort. Dernières règles (?). La femme allaitait.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : néant.
Accidents dus au sérum : néant.

22 mars. — Sortie.

Enfant. — 10 mars. — Poids de naissance : 3,550 gram.
(dépassé le 4^e jour). Injection préventive de 3 cc. de sérum
antidiphthérique.

22 mars. — Sortie. Poids : 4,050 gram. Aucun accident
sérique.

N° 15. — L... (Marie), 25 ans, secondipare. Est à l'asile
depuis 9 jours. 1 accouchement antérieur spontané à terme,
enfant vivant, mort en bas âge. Dernières règles : 10-15 mai.

7 mars. — Se plaint de la gorge. Est envoyée à l'hôpital
Pasteur avec le diagnostic : angine suspecte. Revient
2 jours après, l'examen bactériologique ayant été négatif.
Injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

10 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance
normale.

Suites de couches. — Accidents obstétricaux : néant.
Accidents dus au sérum : néant.

Enfant. — 10 mars. — Poids de naissance : 3,000 gram.
(dépassé le 4^e jour). Injection préventive de 3 cc. de sérum
antidiphthérique.

20 mars. — Sortie. Poids : 3,500 grammes. Aucun acci-
dent dû au sérum.

N° 16. — P... (Gabrielle), 18 ans, primipare. Est à l'asile
depuis 3 semaines. Dernières règles : du 25 au 28 mai.

8 mars. — Injection préventive de 10 cc. de sérum anti-
diphthérique.

9 mars. — Éruption limitée au lieu de l'injection,
20 centimètres de diamètre environ.

10 mars. — Éruption très pâle. Accouchement spontané
à terme. Délivrance normale.

12 mars. — L'éruption a disparu. Pas d'élévation de température.

Suites de couches. — Normales.

Enfant. — 18 mars. — Poids de naissance : 3,325 gr. (dépassé le 5^e jour). Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphtérique.

22 mars. — Sortie. Poids : 3,970 gr.. Aucun accident sérique.

N° 17. — P... (Augustine), 23 ans. Est à l'asile depuis 10 jours. 1 accouchement antérieur à terme, enfant vivant. Dernières règles : 7-12 juin.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

10 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale,

Suites de couches. — Normales. Pas d'accidents sériques.

18 mars. — Sortie.

Enfant. — 10 mars. — Poids de naissance (?), (le 12 : 3,350 gr.). Injection de sérum antidiphtérique (3 cc.).

18 mars. — Sortie. Poids : 3,450 gr. Aucun accident sérique.

N° 18. — B... (Alexandrine), 27 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 1 mois, 1 accouchement antérieur spontané à terme, enfant vivant. Dernières règles, 28 mai-4 juin. Pas d'albumine dans les urines.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

11 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches. — Accidents dûs au sérum : 17 mars. — On remarque une légère rougeur de la paroi abdominale.

Accidents obstétricaux : néant.

23 mars. — Sortie.

Enfant. — 11 mars. — Poids de naissance : 3,090 gr. (dépassé le 4^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

23 mars. — Sortie, poids : 3,500 gr. — Aucun accident sérique.

N° 19. — M... (Claire), 22 ans, primipare. Est à l'asile depuis 7 jours. Dernières règles, 30 mai-3 juin. Albuminurie intense.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

11 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suite de couches, normales. — Aucun accident sérique.

Enfant. — 11 mars. — Poids de naissance : 2,780 gr. Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.) Le poids de l'enfant a baissé rapidement jusqu'au 5^e jour (2,500 grammes) et n'est remonté que péniblement à 2,595 grammes, le jour de sa sortie, le 21 mars. L'enfant a eu de la diarrhée verte le 6^e jour. Accidents du sérum : néant.

N° 20. — N... (Jeanne), 18 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Dernières règles, 15 avril (?) Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

Suites de couches, normales. Aucun accident sérique.

Enfant. — 11 mars. — Poids de naissance : 3,600 gr. (dépassé le 8^e jour).

15 mars. — L'enfant est réglée. Congestion mammaire.

22 mars. — Sortie, poids : 3,700 gr. Aucun accident sérique.

N° 21. — B... (Marie), 25 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 3 mois. Un accouchement antérieur normal, enfant mort en bas-âge. Dernières règles, 1-3 avril. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

11 mars. — Accouchement spontané à terme (?). Délivrance normale.

Suites de couches, normales. — Aucun accident sérique.

Enfant. — 11 mars. — Poids de naissance : 2,870 gr.

Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.)

Le poids de l'enfant a diminué rapidement (2,490 gr. le 6^e jour). On vit, en pesant les tétées, que l'enfant ne prenait que de 15 à 20 grammes de lait. On mit l'enfant au sein d'une autre femme, 2 jours après l'enfant pesait 2,700 gr. (Poids de sortie le 23 mars.)

Aucun accident dû au sérum à signaler.

N° 22. — B... (Angélique), 30 ans, IIIpare. Est à l'asile depuis trois semaines. 2 accouchements antérieurs normaux; enfants vivants, l'un mort en bas âge. Dernières règles : 16-20 juin. Albuminurie légère.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.)

11 mars. — Accouchement spontané, 9^e mois. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Aucun accident sérique.

21 mars. — Sortie.

Enfant. — 11 mars. Poids de naissance : 2,770 grammes, (dépassé le 4^e jour).

Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.)

21 mars. — Sortie. Poids : 3,000 grammes. Aucun accident sérique.

N^o 23. — G... (Alexandrine), 35 ans, VIIpare. Est à l'asile depuis 11 jours. 6 accouchements antérieurs normaux; enfants nés vivants, 2 morts en bas âge. Dernières règles : 6-8 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection de sérum antidiphtérique (10 cc.)

11 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident sérique.

17 mars. — Sortie malgré les observations.

Enfant. — 11 mars. — Poids de naissance : 3,555 gr. (dépassé le 5^e jour).

Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.).

Le 6^e jour l'enfant ne pesait plus que 3,400 grammes.

17 mars. — Sortie. Poids : 3,385 gr. Aucun accident sérique.

N^o 24. — B... (Juliette), 20 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 2 mois 1/2. 1 accouchement antérieur à terme normal. Enfant vivant actuellement. Dernières règles : 7 à 10 avril (?). Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.)

11 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident sérique.

21 mars. — Sortie.

Enfant. — 11 mars. — Poids de naissance : 2,705 gr. (dépassé le 8^e jour).

Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.).

21 mars. — Poids : 2,950 grammes. Aucun accident sérique.

N° 25. — C... (Louise), 23 ans, IIIpare. Est à l'asile depuis un mois et demi. 2 accouchements normaux à terme, enfants nés vivants, 1 mort en bas âge. Dernières règles : 15-21 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.)

12 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents sériques.

21 mars. — Sortie.

Enfant. — 12 mars. — Poids de naissance : 2,975 gr. (dépassé le 4^e jour).

Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.)

21 mars. — Sortie. Poids : 3,250 gr. Aucun accident sérique.

N° 26. — G... (Eugénie), 24 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 2 mois. 1 accouchement antérieur à terme. Enfant vivant actuellement. Dernières règles : 3-5 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

12 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident sérique.

22 mars. — Sortie.

Enfant. — 12 mars. Poids de naissance : 3,060 grammes (dépassé le 4^e jour).

Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.).

22 mars. — Sortie. Poids : 3,350 grammes. Aucun accident sérique.

N° 27. — C... (Françoise), 23 ans, secondipare. Est à l'asile depuis un mois et demi. 1 accouchement antérieur normal à terme, enfant vivant, mort en bas âge. Dernières règles : 25-29 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.)

12 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident sérique.

22 mars. — Sortie.

Enfant. — 12 mars. Poids de naissance : 3,775 grammes. (Dépassé le 3^e jour).

Injection préventive au sérum antidiphtérique (3 cc.).

22 mars. — Sortie. Poids : 3,900 gr. Aucun accident sérique.

N° 28. — L... (Adrienne), 25 ans, IIIpare. Est à l'asile depuis 9 semaines. 2 accouchements antérieurs normaux à terme. Enfants actuellement vivants. Dernières règles : 6-9 avril. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.)

12 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Aucun accident dû au sérum, sinon, 2 jours après l'injection, un peu de rougeur autour de la piqûre.

25 mars. — Sortie.

Enfant. — 12 mars. Poids de naissance : 4,110 grammes.
Injection préventive de 3 cc. de sérum antidiphtérique.

25 mars. — Temp. 37° 8. Quelques plaques d'érythème sur le tronc et sur les cuisses. Poids : 3,505 grammes.

16 mars. — Temp. 38°. Bains à 36°. L'enfant ne prend que 20 grammes de lait aux deux seins pendant 20 minutes. On le met au sein d'une autre femme. Poids : 3,460 grammes.

23 mars. — Sortie. Poids : 3,910 grammes.

N° 29. — L... (Louise), 25 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois. Dernières règles : 23-25 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique, (10 cc.)

13 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Accidents dus au sérum : Quelques douleurs dans les membres inférieurs le 15 mars. Pas d'élévation de température.

24 mars. — Sortie.

Enfant. — 13 mars. Poids de naissance : 2,700 grammes
Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.).

24 mars. — Sortie : 2,600 grammes. L'enfant a eu la diarrhée le 20.

N° 30. — G... (Gabrielle), 26 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 1 mois. 1 accouchement antérieur normal à terme. Enfant actuellement vivant. Dernières règles ; 10-12 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

13 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents sériques.
22 mars. — Sortie.

Enfant. — 13 mars. — Poids de naissance : 3,210 grammes.
(dépassé le 7^e jour). Injection préventive de sérum antidiph-
térique (3 cc.).

22 mars. — Sortie. Poids : 3,350 grammes. Pas d'accidents
sériques.

N° 31. — P... (Anna), 22 ans, primipare. Est à l'asile
depuis 10 jours. Dernières règles : 2-6 juin. Pas d'albu-
minurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiph-
térique (10 cc.).

13 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance
normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents sériques.
23 mars. — Sortie.

Enfant. — 13 mars. — Poids de naissance : 2,990 gr.
Injection préventive de sérum antidiph-
térique (3 cc.)
L'enfant, pendant son séjour à l'asile, n'a pas regagné son
poids de naissance. La mère en effet avait les mamelons
ombiliqués et on dut mettre l'enfant au sein d'une autre
femme.

Le 23 mars. — Sortie. Poids : 2,930 grammes. Aucun
accident n'a été observé provenant du sérum.

N° 32. — S... (Marie), 26 ans, secondipare. Est à l'asile
depuis 1 mois. 1 accouchement antérieur normal à terme.
Enfant vivant actuellement. Dernières règles, 9 et 10 juin.
Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiph-
térique (10 cc.).

14 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

24 mars. — Sortie.

Enfant. — 14 mars. — Poids de naissance : 3,790 gr. (dépassé le 6^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

24 mars. — Sortie. Poids : 3,850 grammes. Aucun accident dû au sérum n'a été observé.

N° 33. — D... (Léonie), 31 ans, IIIpare. Est à l'asile depuis 5 semaines. 2 accouchements antérieurs normaux à terme, enfants vivants (mort en bas âge). Dernières règles : 5-10 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

14 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches. — 17 mars, soir. — Temp. 38° 4. Toux, râles ronflants dans la poitrine, le reste du temps température normale. Pas d'accidents du sérum.

24 mars. — Sortie.

Enfant. — 14 mars. — Poids de naissance : 3,670 gram. Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

24 mars. — Sortie. Poids : 3,650 grammes. Aucun accident sérique.

N° 34. — R... (Marguerite), 30 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 1 mois. 1 accouchement antérieur, normal à terme. Enfant vivant actuellement. Dernières règles : 15-18 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

14 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident sérique.

24 mars. — Sortie.

Enfant. — 14 mars. — Poids de naissance : 3,300 gr. Injection préventive de sérum antidiptérique (3 cc.). L'enfant diminue de poids jusqu'à sa sortie. Il ne tète pas, il ne peut pas prendre plus de 15 grammes au sein de sa mère.

24 mars. — Sortie. Poids : 2,850 gram. Aucun accident sérique.

N° 35. — R... (Eugénie), 19 ans, primipare. Est à l'asile depuis 3 semaines. Dernières règles : 15-17 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiptérique.

14 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

24 mars. — Sortie.

Enfant. — 14 mars. — Poids de naissance : 3,445 gram. (dépassé le 5^e jour). Injection préventive de sérum antidiptérique (3 cc.).

24 mars. — Sortie. Poids : 3,790 gramm. Aucun accident sérique.

N° 36. — K... (Anna), 29 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois 1/2. Dernières règles : 25 au 30 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiptérique (10 cc.).

14 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Aucun accident du sérum.

24 mars. — Sortie.

Enfant. — 14 mars. — Poids de naissance : 3,655 gram. (dépassé le 6^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

24 mars. — Sortie. Poids 3,780 gramm. Aucun accident sérique.

N^o 37. — M... (Henriette), 20 ans. Primipare. Est à l'asile depuis 3 semaines. Dernières règles : 1-5 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

14 mars. — Accouchement spontané près du terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Aucun accident du sérum.

24 mars. — Sortie.

Enfant. — 14 mars. — Poids de naissance : 2,735 gr. Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

Après avoir physiologiquement diminué de poids dans les 4 premiers jours, l'enfant augmente mais très peu tous les jours, de sorte que, le 24 mars, jour de sa sortie, il ne pèse que 2,675 grammes. Aucun accident dû au sérum.

N^o 38. — H... (Camille), 26 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 1 mois 1/2. 1 accouchement antérieur à terme normal. Enfant vivant actuellement. Dernières règles : 2-4 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

14 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident sérique.

24 mars. — Sortie.

Enfant. — 14 mars. — Poids de naissance : 3,250 gr. (dépassé le 6^e jour). Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.).

24 mars. — Sortie. Poids 3,400 gramm. Aucun accident sérique.

N° 39. — R... (Joséphine), 22 ans. Primipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. Dernières règles : 25 au 28 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

15 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident sérique.

25 mars. — Sortie.

Enfant. — 15 mars. — Poids de naissance : 3,520 gr. (dépassé le 4^e jour). Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

25 mars. — Sortie. Poids : 3,910 grammes. Aucun accident sérique.

N° 40. — L... (Augustine), 30 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. 1 accouchement antérieur normal à terme, enfant vivant actuellement. Dernières règles : 5-7 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

15 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident sérique.

26 mars. — Sortie.

Enfant. — 15 mars. — Poids de naissance : 3,510 gr.
Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

26 mars. — Sortie. Poids : 3,325 gr. L'enfant n'a pas rattrapé son poids de naissance. Il a eu la diarrhée verte. Aucun accident dû au sérum.

N° 41. — L... (Louise), 23 ans, primipare. Est à l'asile depuis 3 semaines. Dernières règles : 15-20 juin. Albuminurie légère.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

15 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident dû au sérum.

28 mars. — Sortie.

Enfant. — 15 mars. — Poids de naissance : 3,460 gr.
Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).
L'enfant a eu de l'ictère dans les jours qui ont suivi sa naissance.

26 mars. — L'enfant vomit. Régime hydrique. Poids : 3,180 gr.

28 mars. — Sortie. L'enfant a été remis au sein. Poids : 3,210 gr. Aucun accident dû au sérum.

N° 42. — L... (Anastasie), 25 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 5 semaines, 1 accouchement antérieur normal, à terme. Enfant vivant actuellement. Dernières règles du 6 au 8 juin. Albuminurie passagère.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

15 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Accidents du sérum :
16 mars, léger érythème sur paroi abdominale.

Enfant. — 27 mars. — Sortie.

15 mars. — Poids de naissance : 3,200 gr. (dépassé le 6^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

27 mars. — Sortie. Poids : 3,400 gr. Aucun accident dû au sérum.

N^o 43. — T... (Eugénie), 22 ans, primipare. Est à l'asile depuis 3 semaines. Dernières règles du 6 au 10 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

15 mars. — Accouchement spontané à terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident dû au sérum.

26 mars. — Sortie.

Enfant. — 15 mars. — Poids de naissance : 3,350 gr. (dépassé le 7^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.). Après le 7^e jour l'enfant, ayant eu la diarrhée, diminue de poids et ne pèse que 3,080 gr. le jour de sa sortie. Aucun accident dû au sérum.

N^o 44. — F... (Agathe), 25 ans, primipare. Est à l'asile depuis 3 semaines. Dernières règles, 25 au 30 juin. Albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

15 mars. — Accouchement spontané 8 mois 1/2. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents dus au sérum.

27 mars. — Sortie.

Enfant. — 15 mars. — Poids de naissance : 2,250 gr.

(dépassé le 7^e jour). Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.).

27 mars. — Sortie. Poids : 2,380 gr. Aucun accident dû au sérum.

N^o 45. — C... (Marie), 17 ans, primipare. Est à l'asile depuis 12 jours. Dernières règles, 5-10 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.).

16 mars. — Accouchement spontané près du terme. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents dus au sérum.

27 mars. — Sortie.

Enfant. — 16 mars. — Poids de naissance : 2,280 gr. (dépassé le 4^e jour). Injection préventive de sérum antidiphtérique (3 cc.).

27 mars. — Sortie. Poids : 2,550 gr. Pas d'accidents dus au sérum.

N^o 46. — T... (Élisa), 29 ans IVpare. Est à l'asile depuis 3 semaines. 3 accouchements antérieurs normaux à terme. Enfants nés vivants, 2 morts en bas âge. Dernières règles, 29 juin au 3 juillet.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

16 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents dus au sérum.

27 mars. — Sortie.

Enfant. — 16 mars. — Poids de naissance : 3,830 gr.

(dépassé le 4^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

26 mars. — Sortie. Poids : 4,000 grammes. Pas d'accidents dus au sérum.

N^o 47. — O... (Clémentine), 27 ans, primipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. Dernières règles, 15-18 mai (?). Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

16 mars. — Accouchement spontané à terme (?) normal. Délivrance normale.

Suites de couches. — 23 mars. — Temp. 38° 4. Lymphangite du sein gauche (durée 1 jour). Pas d'accidents du sérum.

27 mars. — Sortie.

Enfant. — 16 mars. — Poids de naissance : 2,620 gr. (dépassé le 6^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

27 mars. — Sortie. Poids : 2,750 gr. Aucun accident du sérum.

N^o 48. — H... (Anna), 20 ans, primipare. Est à l'asile depuis 15 jours. Dernières règles, 1-4 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

17 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches. — Accidents puerpéraux : néant.

Accidents du sérum : 20 mars, temp. soir, 37° 5. Éruptions aux fesses. Durée 2 jours.

27 mars. — Sortie.

Enfant. — 17 mars. — Poids de naissance : 2,920 gr.

(dépassé le 6^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

27 mars. — Sortie. Poids : 3,130 grammes. Aucun accident dû au sérum.

N^o 49. — S... (Marie), 22 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Dernières règles, 20-21 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

17 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents du sérum.

27 mars. — Sortie.

Enfant. — 17 mars. — Poids de naissance : 3,650 grammes (dépassé le 6^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

27 mars. — Sortie. Poids : 3,750 grammes. Aucun accident de sérum.

N^o 50. — L... (Lucie), 20 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. 1 accouchement antérieur à terme normal. Enfant vivant. Dernières règles, 25-30 avril. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

17 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches. Normales. Pas d'accidents du sérum.

27 mars. — Sortie.

Enfant. — 17 mars. — Poids de naissance : 4,110 gr.

(dépassé le 5^e jour). Injection préventive de sérum antidiphthérique (3 cc.).

27 mars. — Sortie. Poids : 4,325 grammes. Pas d'accidents dus au sérum.

N° 51. — D... (Léonie), primipare, 26 ans. Dernières règles (?).

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

10 mars. — Rupture prématurée des membranes.

11 mars. — Accouchement. Application de forceps. Délivrance artificielle.

Suites de couches. — Pathologiques pour lesquelles on fit des injections intra-utérines prolongées (150 à 200 litres), 3 curettages. Lorsque la température atteignait 39° 5 on donnait un bain froid. La malade mourut à la Maternité après son transfert (elle quitta l'asile le 2 avril). On trouva à l'autopsie de l'endocardite végétante. Pendant ces suites de couches, on n'observa aucun accident imputable au sérum antidiphthérique.

Enfant. — 11 mars. — Poids de naissance : 3,900 gr. L'enfant ne fut pas pesé régulièrement jusqu'au 23 mars. Ce jour-là il pesait 3,920 grammes. Le 2 avril il pesait 4,100 grammes.

N° 52. — D... (Marie), 19 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois. Dernières règles : 5-10 juillet (?). Pas d'albunurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

19 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident dû au sérum.

31 mars. — Sortie.

Enfant. — 19 mars. — Poids de naissance : 3,455 gr. (ne fut atteint qu'à la sortie).

31 mars. — Sortie. Poids : 3,460 grammes.

N° 53. — M... (Pierrette), 35 ans, VIpare. Est à l'asile depuis 6 semaines. 3 accouchements antérieurs à terme normaux, enfants vivants. 2 accouchements prématurés (5° et 6° mois), enfants nés vivants. Dernières règles : 20-25 avril. Albuminurie à l'entrée disparue après régime lacté.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

19 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches. Normales. Pas d'accidents dus au sérum.

31 mars. — Sortie.

Enfant. — 19 mars. — Poids de naissance : 4,060 gr. (dépassé le 8° jour).

31 mars. — Sortie. Poids : 4,180 grammes.

N° 54. — G... Albertine, 23 ans, primipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. Dernières règles : Juillet (?). Albuminurie.

5 mars. — Souffre de la gorge. On trouve à l'examen une plaque diphtéroïde. Envoyée à l'Institut Pasteur. Revient à l'asile le 9 mars. Diagnostic bactériologique : bacilles courts.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

14 mars. — Érythème de la paroi abdominale, pas d'élévation de température.

18 mars. -- Érythème de la paroi abdominale a disparu.

On en observe maintenant sur les membres inférieurs ; pas d'élévation de température.

19 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

21 mars. — L'éruption sérique a disparu.

Suites de couches. — Normales.

31 mars. — Sortie.

Enfant. — 19 mars. — Poids de naissance : 3,055 gr. (dépassé le 7^e jour).

31 mars. — Sortie. Poids : 3,250 grammes.

N° 55. — G... Jeanne, 17 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois. Dernières règles : 10-12 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

19 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches. Normales. Aucun accident dû au sérum.

31 mars. — Sortie.

Enfant. — 19 mars. — Poids de naissance : 3,080 gr. L'enfant n'a été pesé que jusqu'au 8^e jour. Il n'avait pas atteint son poids de naissance. Il ne pesait alors que 3,050 grammes.

N° 56. — O... (Charlotte), 18 ans, primipare. Est à l'asile depuis 20 jours. Dernières règles : 22-28 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique.

20 mars. — Accouchement spontané à 8 mois et demi normal. Délivrance normale.

Suites de couches. Normales. Aucun accident dû au sérum.

31 mars. — Sortie.

Enfant. — 20 mars. — Poids de naissance : 2,815 gr. (l'enfant n'a été pesé que jusqu'au 7^e jour). Il n'avait pas atteint son poids de naissance, il ne pesait alors que 2,730 grammes.

21 mars. — 36 heures après la naissance, apparitions sur le tronc (poitrine et dos), sur les bras, de quelques taches arrondies, dont le centre est formé par une petite vésicule comme de la varicelle. Quelques-unes de ces taches sur la poitrine sont réunies les unes aux autres pour former une grande plaque rouge. *L'enfant n'a pas reçu d'injection préventive de sérum.*

23 mars. — L'éruption a disparu.

31 mars. — Sortie.

N° 57. — D... (Julie), 26 ans, primipare. Est à l'asile depuis six semaines. Dernières règles : 24-28 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

20 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches. — Le 28 mars. — Temp. 40° 4. Lymphangite des seins. Congestion intense; les jours suivants, les phénomènes inflammatoires de la glande mammaire ne rétrocedent pas, et la température atteint fréquemment à 38°, 38° 5. Pas d'accidents dus au sérum.

3 avril. — Sortie.

Enfant. — 20 mars. — Poids de naissance : 3,960 gr. (dépassé le 5^e jour). On remarque à la naissance des taches érythémateuses arrondies sur l'abdomen, le thorax et les membres supérieurs. Léger œdème au niveau de ces taches.

21 mars. — Desquamation généralisée. Pas de pemphigus. Pas d'élévation de température.

3 avril. — Sortie. Poids : 4,180 grammes.

N° 58. — H... (Marie), 25 ans, primipare. Est à l'asile depuis 15 jours. Dernières règles : 7-15 juin. Pas d'albumine.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

20 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches, normales. Pas d'accidents dus au sérum.

31 mars. — Sortie.

Enfant. — 20 mars. — Poids de naissance : 3,075 gr. (dépassé le 5^e jour).

31 mars. — Sortie. Poids : 3,260 grammes.

N° 59. — T... (Lucie), 20 ans, primipare. Est à l'asile depuis...? Dernières règles : 5-9 juin. Albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

20 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches. — La température oscille entre 37°5 et 37°9 dans les 5 premiers jours, puis redevient normale. Aucun accident dû au sérum.

29 mars. — Sortie.

Enfant. — 20 mars. Poids de naissance : 2,735 gr. (dépassé le 6^e jour).

29 mars. — Sortie. Poids : 2,830 grammes.

N° 60. — G... (Anna), 22 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. 1 accouchement antérieur à terme normal, enfant né vivant, mort en bas-âge. Dernières règles : 15-19 mai. — Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

21 mars. — Accouchement spontané à terme normal.
Délivrance normale.

Suites de couches, normales. Aucun accident dû au sérum.

30 mars. — Sortie.

Enfant. — 21 mars. — Poids de naissance : 3,705 gr.
(dépassé le 6^e jour).

30 mars. — Sortie. Poids : 3,850 grammes.

N^o 61. — M... (Jeanne), 21 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. 1 accouchement antérieur spontané à terme; enfant vivant actuellement. Dernières règles : 14 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

21 mars. — Accouchement spontané à terme normal.
Délivrance normale,

Suites de couches, normales. Aucun accident dû au sérum.

30 mars. — Sortie.

Enfant. — 21 mars. — Poids de naissance : 3,785 gr.
(dépassé le 5^e jour).

30 mars. — Sortie. Poids : 3,950 grammes.

N^o 62. — B... (Marguerite), 22 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 6 semaines, 1 accouchement antérieur à terme spontané; enfant mort en bas âge. Dernières règles : 2-5 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

21 mars. — Accouchement spontané à terme normal.
Délivrance normale.

Suites de couches, normales. Aucun accident dû au sérum.

31 mars. — Sortie.

Enfant. — 21 mars. — Poids de naissance : 3,020 gr. (dépassé le 4^e jour).

31 mars. — Sortie. Poids : 3,150 grammes.

N^o 63. — S... (Marcelle), 18 ans, primipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. Dernières règles : 12-15 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

22 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale (légère hémorrhagie).

Suites de couches normales. Aucun accident dû au sérum.

31 mars. — Sortie.

Enfant. — 22 mars. — Poids de naissance : 3,440 gr. (L'enfant n'avait pas atteint son poids de naissance le 31 mars, jour de sa sortie). Il pesait alors 3,350 gr. Il avait eu le 26 un peu de diarrhée, et le 30 un léger degré d'ictère.

N^o 64. — M... (Jeanne), 42 ans, primipare. Est à l'asile depuis 3 semaines. Dernières règles? Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

22 mars. — Accouchement spontané à terme. Enfant mort. Pesant : 2,907 grammes. Délivrance normale.

Suites de couches pathologiques. — Injection au sublimé et au permanganate de potasse. Aucun accident dû au sérum.

3 avril. — Sortie.

N^o 65. — L... (Louise), 30 ans, VIpore. Est à l'asile

depuis 7 semaines. 4 accouchements antérieurs normaux à terme. Enfants nés vivants, 1 mort en bas âge. 1 avortement de 3 mois. Dernières règles, 7-15 juin. Albuminurie passagère.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

22 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches pathologiques. — 26 mars. — Lochies fétides. Injections vaginales au sublimé et au permanganate de potasse.

2 avril. — Les lochies étant redevenues normales, M. le docteur Potocki fait l'ablation d'énormes végétations vulvaires et anales. Suites opératoires normales.

10 avril. — Sortie.

Enfant. — 22 mars. — Poids de naissance : 3,610 gr. (dépassé le 4^e jour).

10 avril. — Sortie. Poids : 4,250 grammes.

N° 66. — L.. (Marceline), 30 ans, IV^e pare. Est à l'asile depuis 1 mois. 4 accouchements antérieurs normaux à terme, enfants vivants, 2 morts en bas âge. Dernières règles 15-20 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

22 mars. — Accouchement spontané à terme normal, délivrance normale.

Suites de couches compliquées de colique hépatique avec élévation de température :

Le 29 : temp. 38° 2 (matin ; 38° 3 (soir).

Le 30 : temp. 38° 5 (matin) ; 38° (soir).

Le 31 : temp. 37° 8 (matin) ; 37° 3 (soir).

Aucun accident dû au sérum.

4 avril. — Sortie.

Enfant. — 22 mars. — Poids de naissance : 3,530 gr. L'enfant n'avait pas atteint son poids de naissance le 1^{er} avril, il pesait alors 3,330 gr. Il ne fut pas pesé jusqu'à sa sortie le 4 avril.

N° 67. — C... (Eugénie), 22 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Dernières règles, 15-20 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

23 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accident dû au sérum.

3 avril. — Sortie.

Enfant. — 23 mars. — Poids de naissance : 2,870 gr. (dépassé le 7^e jour).

3 avril. — Sortie. Poids : 3,420 grammes.

N° 68. — P... (Marie), 23 ans, primipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. Dernières règles, 19-24 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

23 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accident dû au sérum.

3 avril. — Sortie.

Enfant. — 23 mars. — Poids de naissance : 3,390 gr. (l'enfant n'avait pas atteint son poids de naissance à sa sortie; — le 3 avril, il ne pesait que 3,250 grammes).

N° 69. — B... (Maria), 23 ans, primipare. Est à l'asile

depuis 1 mois. Dernières règles, 4-7 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

23 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accident dû au sérum.

2 avril. — Sortie.

Enfant. — 23 mars. — Poids de naissance : 3,300 gr. (dépassé le 6^e jour).

2 avril. — Sortie. Poids 2,475 gr.

N^o 70. — F... (Marie), 24 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois 1/2. Dernières règles, 25-30 avril.

8 mars. — Injection primitive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

24 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accident dû au sérum.

3 avril. — Sortie.

Enfant. — 24 mars. — Poids de naissance : 3,305 gr. (dépassé le 7^e jour).

3 avril. — Sortie. Poids : 3,450 gr..

N^o 71. — F... (Laure), 23 ans, primipare. Est à l'asile depuis 6 semaines. Dernières règles, 2-5 juin. Albuminurie légère.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

24 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident dû au sérum.

3 avril. — Sortie.

Enfant. — 24 mars. — Poids de naissance : 3,090 gr. (dépassé le 5^e jour).

3 avril. — Sortie. Poids : 3,330 gr.

N^o 72. — L... (Zoé), 28 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 1½ mois. Un accouchement antérieur normal à terme, enfant vivant. Dernières règles fin juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

25 mars. — Accouchement spontané né à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident dû au sérum.

4 avril. — Sortie.

Enfant. — 25 mars. — Poids de naissance : 2,915 gr. (dépassé le 8^e jour).

4 avril. — Sortie. Poids : 2,950 gr.

N^o 73. — M... (Berthe), IIIpare. Est à l'asile depuis 7 semaines. Un accouchement à terme. Application de forceps sur un siège. Enfant né vivant mort en bas âge. Un avortement au 2^e mois. Dernières règles, 4-7 juin. Albuminurie passagère.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

25 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Aucun accident dû au sérum.

4 avril. — Sortie.

Enfant. — 25 mars. — Poids de naissance : 3,260 gr.
(dépassé le 5^e jour).

4 avril. — Sortie. Poids : 3,440 gr.

N^o 74. — V... (Marie), 22 ans, primipare. Est à l'asile depuis 3 semaines. Dernières règles, 20-24 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

25 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Aucun accident du sérum.

4 avril. — Sortie.

Enfant. — 25 mars. — Poids de naissance : 3,020 gr.
(dépassé le 5^e jour).

4 avril. — Sortie. Poids : 3,200 gr.

N^o 75. — B... (Léonie), 21 ans, primipare. Est à l'asile depuis 6 semaines. Dernières règles, 11-13 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

25 mars. — Accouchement spontané, 8 mois et demi normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Aucun accident du sérum.

4 avril. — Sortie.

Enfant. — 25 mars. — Poids de naissance : 3,860 gr.
(dépassé le 6^e jour).

4 avril. — Sortie. Poids : 2,925 gr.

N^o 76. — T... (Alphonsine), 19 ans, primipare. Est à

l'asile depuis 7 semaines. Dernières règles, 17-21 juin. Albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

26 mars. — Accouchement spontané à terme, normal. Délivrance normale.

Suites de couches. — 29 mars, temp. (soir), 38° 2, crevasses du sein.

Le 30, temp. (soir), 38° 4, crevasses du sein.

1^{er} avril, temp. (soir), 40° (frisson) crevasses du sein.

4 avril. — Sortie.

Enfant. — 25 mars. — Poids de naissance : 3,600 gr. (dépassé le 5^e jour). A partir du 5^e jour, poids baisse jusqu'à la veille de sa sortie (3,440 gr.), pour remonter à 3,550 gr., le 4 avril, jour de sa sortie.

N° 77. — G... (Marie), 20 ans, primipare. Est à l'asile depuis 3 semaines. Dernières règles : 10-15 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

26 mars. — Accouchement spontané à terme normal; délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accident du sérum.

4 avril. — Sortie.

Enfant. — 26 mars. — Poids de naissance : 3,470 gr. L'enfant, après avoir, brusquement diminué de poids les premiers jours (3,350 gr.) a très peu augmenté, et, le 7^e jour, n'avait pas atteint son poids de naissance : (3,450 gr.). La mère avait les mamelons ombiliqués.

4 avril. — Sortie, poids : 3,500 gr.

N° 78. — R... (Alexandrine), 22 ans, primipare. Est à

l'asile depuis 1 mois. Dernières règles, 20-24 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

26 mars. — Accouchement spontané à terme normal, délivrance normale.

Suites de couches, normales. Pas d'accident du sérum.

4 avril. — sortie.

Enfant. — Poids de naissance : 3,195 gr. (dépassé le 6^e jour).

4 avril. — Sortie, poids : 3,250 gr.

N° 79. — L... (Marie), 22 ans, primipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. Dernières règles, 15-17 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

26 mars. — Accouchement spontané à terme normal; délivrance normale.

Suites de couches, normales. — Pas d'accident du sérum.

4 avril. — Sortie.

Enfant. — 26 mars. — Poids de naissance : 2,275 gr. (dépassé le 4^e jour).

4 avril. — Sortie, poids 2,510 gr.

N° 80. — O... (Louise), 21 ans, primipare. Est à l'asile depuis 7 semaines. Dernières règles, 15-18 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

26 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches, normales. — Pas d'accidents du sérum.

6 avril. — Sortie.

Enfant. — 26 mars. — Poids de naissance : 3,130 gr.
(dépassé le 5^e jour).

6 avril. — Sortie. Poids : 3,430 gr.

N° 81. — D... (Reine), 21 ans, primipare. Est à l'asile depuis 6 semaines. Dernières règles : 30 mai-2 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

27 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accident du sérum.

5 avril. — Sortie.

Enfant. — 27 mars. — Poids de naissance : 3,500 gr.
(dépassé le 7^e jour).

5 avril. — Sortie. Poids : 3,715 gr.

N° 82. — F., (Alice), 21 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois. Dernières règles : 12-18 juin. Albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

28 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

8 avril. — Sortie.

Enfant. — 23 mars. — Poids de naissance : 3,425 gr.
(dépassé le 6^e jour).

8 avril. — Sortie. Poids : 3,505 gr.

N° 83. — Le M... (Eugénie), 25 ans, primipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. Dernières règles : 1-10 juin. Albuminurie passagère.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

7 avril. — Sortie.

Enfant. — 28 mars. — Poids de naissance : 3,550 gr. (dépassé le 9^e jour), la mère avait des mamelons ombiliqués.

7 avril. — Sortie. Poids : 3,560 gr.

N° 84. — P... (Augustine), 22 ans, primipare. Est à l'asile depuis 6 semaines. Dernières règles : 12-16 juin. Albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

29 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

7 avril. — Sortie.

Enfant. — 29 mars. — Poids de naissance : 3,670 gr.

7 avril. — Sortie. Poids : 3,560 gr. (l'enfant a eu de la diarrhée).

N° 85. — M... (Francine), 28 ans, octipare. Est à l'asile depuis 4 semaines. 5 accouchements normaux, enfants vivants; 1 mort en bas âge; 2 avortements à 3 mois 1/2. Dernières règles : 5-8 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

30 mars. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches, normales. — Pas d'accidents dus au sérum.

8 avril. — Sortie.

Enfant. — 30 mars. — Poids de naissance : 4,340 gr.
(dépassé le 6^e jour).

8 avril. — Sortie. — Poids : 4,530 gr.

N^o 86. — R... (Louise), 28 ans, primipare. Est à l'asile depuis 6 semaines. 1 accouchement antérieur, application de forceps. Enfant vivant actuellement. Dernières règles : 22-24 juin. Pas d'albuminurie. Hydramnios.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

30 mars. — Accouchement spontané, 9^e mois, normal. Délivrance normale.

Suites de couches, normales. — (A eu, 4 ou 5 jours après l'injection du sérum, une éruption qu'on n'a pas observée, qui a duré 4 jours).

9 avril. — Sortie.

Enfant. — 30 mars. — Poids de naissance : 2,565 gr.

N^o 87. — A... (Cécile), 35 ans, primipare. Est à l'asile depuis 5 semaines. Dernières règles : 20-22 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

1^{er} avril. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents du sérum.

10 avril. — Sortie.

Enfant. — 1^{er} avril. — Poids de naissance : 3,160 gr.
(dépassé le 5^e jour).

10 avril. — Sortie. Poids : 3,375 gr.

N^o 88. — B... (Marie-Louise), 24 ans, primipare. Est à

l'asile depuis 6 semaines. Dernières règles : 15-16 juin. Albuminurie. Bassin généralement rétréci.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

1^{er} avril. — Accouchement, version par manœuvres internes. Basiotripsie; tête dernière, par M. Potocki.

Enfant pesant 3,355 gr. Périnéorrhaphie.

Suites de couches normales. Pas d'accidents du sérum, 14 avril. — Sortie.

N° 89. — B... (Eugénie), 21 ans, primipare. Est à l'asile depuis 9 semaines. Dernières règles, 25-31 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

1^{er} avril. — Accouchement spontané à terme, normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

10 avril. — Sortie.

Enfant. — 1^{er} avril. — Poids de naissance : 3,245 gr. (dépassé le 6^e jour).

10 avril. — Sortie. Poids : 3,420 gr.

N° 90. — C... (Félicie), 13 ans, primipare. Est à l'asile depuis 6 semaines. Dernières règles, 25-30 mai. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

1^{er} avril. — Accouchement spontané à terme, normal. Délivrance normale.

Suites de couches. — Le 4 avril, temp. (soir), 38°2, crevasses du sein. Pas d'accidents du sérum.

Enfant. — 1^{er} avril. — Poids de naissance : 2,800 gr.

10 avril. — Sortie. Poids : 2,720 gr.

N° 91. — C... (Gabrielle), 18 ans, primipare. Est à l'asile depuis 6 semaines. Dernières règles, 24-27 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

1^{er} avril. — Accouchement spontané à terme, normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents du sérum.

Enfant. — 1^{er} avril. — Poids de naissance : 3,150 gr. (dépassé le 7^e jour).

10 avril. — Sortie. Poids : 3,200 gr.

N° 92. — H... (Armande), 18 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois. Dernières règles, 18-24 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

2 avril. — Accouchement spontané à terme, normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents du sérum.

10 avril. — Sortie.

Enfant. — 2 avril. — Poids de naissance : 2,670 gr.

10 avril. — Sortie. Poids : 2,580 gr.

N° 93. — J... (Antoinette), 18 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Dernières règles : 11-14 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphtérique (10 cc.).

2 avril. — Accouchement spontané à terme normal, délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

10 avril. — Sortie.

Enfant. — 2 avril. — Poids de naissance : 4,120 gr.

10 avril. — Sortie. Poids : 3,980 gr.

N° 94. — B... (Marie), 32 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 1 mois et demi. 1 accouchement antérieur normal à terme, enfant vivant. Mort en bas âge. Dernières règles : 15-20 avril (?) Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

2 avril. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accident du sérum.

10 avril. — Sortie.

Enfant. — 2 avril. — Poids de naissance : 3,200 gr.

10 avril. — Sortie. Poids : 3,175 gr.

N° 95. — V... (Marie), 27 ans, secondipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Accouchement antérieur normal à terme. Enfant vivant actuellement. Dernières règles : 8-11 juin. Albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.). Quelques jours après l'injection, est apparue une éruption généralisée qui a duré 2 jours. (On ne l'a pas observée).

2 avril. — Accouchement spontané à 8 mois et demi. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accident du sérum.

10 avril. — Sortie.

Enfant. — 2 avril. — Poids de naissance : 2,460 gr.

10 avril. — Sortie. Poids : 2,450 gr.

N° 96. — L... (Uranie), 27 ans, IVpare. Est à l'asile depuis 2 mois, 3 accouchements antérieurs normaux à terme. Enfants vivants actuellement. Dernières règles : 10-11 juin. Albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

3 avril. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. Pas d'accidents du sérum.

10 avril. — Sortie.

Enfant. — 3 avril. — Poids de naissance : 3,180 gr.

10 avril. — Sortie. Poids : 3,170 gr.

N° 97. — F... (Céline), 20 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois 1/2. Dernières règles, 20-23 avril. Albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.), a eu une éruption après l'injection de sérum.

4 avril. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales.

14 avril. — Sortie.

Enfant. — 4 avril. — Poids de naissance : 3,275 gr. (dépassé le 9^e jour.

14 avril. — Sortie. Poids : 3,300 gr.

N° 98. — L... (Jeanne), 22 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Dernières règles, 15-16 juin. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

4 avril. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

14 avril. — Sortie.

Enfant. — 4 avril. — Poids de naissance ; 3,250 gr.

14 avril. — Sortie. Poids : 3,075 gr.

N° 99. — L... (Jeanne), 23 ans, primipare. Est à l'asile depuis 1 mois $1/2$. Dernières règles, 15-16 juin. Albuminurie (bassin rétréci).

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

5 avril. — Accouchement spontané à terme normal. Délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

Enfant. — 5 avril. Poids de naissance : 3,465 gr.

14 avril. — Sortie. Poids : 3,340 gr.

N° 100. — P... (Maria), 24 ans, primipare. Est à l'asile depuis 2 mois. Dernières règles, 15-22. Pas d'albuminurie.

8 mars. — Injection préventive de sérum antidiphthérique (10 cc.).

5 avril. — Accouchement spontané à terme normal ; délivrance normale.

Suites de couches normales. — Pas d'accidents du sérum.

Enfant. — 5 avril. — Poids de naissance : 3,200 gr.

14 avril. — Sortie. Poids : 3,180 gr.

N.-B. — 1° Nous avons mis à chaque observation la mention « Est à l'asile depuis... ». Ce temps est compté depuis le jour de l'entrée jusqu'à l'accouchement. Cette donnée, d'un intérêt tout à fait étranger

au sujet, pourra néanmoins donner encore une fois la preuve que le repos pendant la fin de la grossesse contribue à amener la grossesse à terme, et à donner de plus gros enfants.

2° Nous ne garantissons pas la rigoureuse exactitude des dernières observations au point de vue des accidents du sérum car les femmes n'ont pu être observées de près que pendant la période puerpérale. Il se pourrait qu'un certain nombre de femmes aient eu des accidents, n'en aient rien dit et que toute trace d'accidents ait disparu lors de leur accouchement. Nous avons pu, dans quelques cas, nous rendre compte que les femmes qui étaient venues à l'asile pour cacher leur grossesse étaient très prudentes dans leurs réponses, même dans un examen médical.

Dans tous les cas, jamais ces accidents n'ont constitué des indispositions telles qu'on ait eu à s'en occuper, et les pensionnaires de l'asile ont continué à vaquer régulièrement à leurs occupations

Donc, comme nous l'avons dit plus haut, toutes les pensionnaires de l'asile Michelet reçurent, le même jour, le 8 mars, une injection préventive de sérum antidiphthérique de 10 cc. De même les 50 enfants qui naquirent jusqu'au 17 mars reçurent une injection de 3 cc. du même sérum.

Voyons d'abord ce qui s'est passé chez les mères.

1° Les accidents ont existé 13 fois (n^{os} 6, 7, 11, 13, 16, 18, 29, 42, 48, 54, 86, 95, 97). Cela ne nous éloigne pas

beaucoup de la proportion donnée par Dubreuilh et qui est de 14 p. 100.

2° La date de l'apparition a été diverse. Le nombre de jours qui s'est écoulé entre le jour de l'injection, et celui de l'apparition des accidents a oscillé entre 1 et 12 jours. Il semble cependant que la moyenne ait été de 4 à 8 jours (8 fois).

3° Les accidents du sérum ont été, dans 12 cas sur 13, des manifestations cutanées, et 1 fois, ils ont donné lieu à des douleurs musculaires dans les membres inférieurs.

4° 4 fois au moins (car on a des renseignements vagues pour les 3 derniers cas) ces accidents ont été accompagnés d'une élévation plus ou moins notable de la température. Dans un cas seulement cette élévation a été considérable (observation, n° 6). On constata en effet, le 8^e jour après l'injection, une température de 38° 8 le matin, (pouls 108), et de 38° 4 le soir. Le lendemain, la température, qui était restée presque normale (37° 4) le matin, atteignit le soir 39° 8. Ce ne fut, du reste, qu'une fois que l'on constata une température si élevée chez cette femme, car le lendemain elle était de 37° 2 le matin, et 37° 3 le soir. Dans les trois autres cas la température, tout en étant un peu plus élevée que la normale, n'atteignit jamais 38°, et cette élévation de température ne dura pas plus d'un jour.

5° Dans les 9 autres cas, on ne constata aucune élévation de température.

6° Les manifestations cutanées furent de forme et d'intensité variables. Tantôt ce fut une légère réaction

inflammatoire localisée à l'endroit de l'injection, et durant 2 jours, tantôt une éruption limitée, à localisation variable, d'intensité ordinairement faible, et durant un ou deux jours, ou bien des éruptions généralisées, ordinairement rappelant la scarlatine et durant 2, 3 ou 4 jours. Enfin, dans un seul cas, on a vu apparaître une manifestation cutanée donnant lieu à du prurit. Cette éruption, semblable à de l'érythème noueux, dit l'observation, fut d'abord localisée aux avant-bras et aux mains et s'étendit ensuite à la cuisse gauche. Elle dura 2 jours. Jamais ces éruptions ne donnèrent lieu à de la desquamation épithéliale.

7° La durée des accidents fut généralement très courte, elle n'excéda jamais 4 jours.

8° Les manifestations sériques furent bénignes, et ce qui le prouve bien, c'est que les femmes qui en furent atteintes, continuèrent, celles du moins qui n'étaient pas en état puerpéral, à vaquer à leurs occupations. On peut supposer, d'autre part, que quelquefois ces manifestations aient passé inaperçues. Nous voyons en effet que jusqu'au n° 54 on a signalé 10 fois les complications du sérum alors que du n° 54 au n° 100 on n'en a trouvé que 3. Encore a-t-il fallu la plupart du temps faire avouer ces accidents après coup.

Telles sont, brièvement exposées, les constatations auxquelles nous paraissent donner lieu les observations résumées qui précèdent. Nous ne voulons pas discuter si les injections de sérum antidiphtérique sont utiles ou simplement permises chez les adultes en général ; cela n'est pas de notre sujet. Qu'il nous

soit permis de dire cependant, et cela ne diminue en rien la profonde admiration que nous avons pour la grande autorité de nos maîtres, qu'il est exagéré de croire que les injections préventives de sérum antidiphtérique soient nuisibles. « Les sérums peuvent produire des accidents dont quelques-uns sont dangereux, dit Roger, il semble même que ce soit surtout les injections prophylactiques qui comptent à leur actif le plus d'inconvénients ou de manifestations graves. » (Roger. — *Les maladies infectieuses*, p. 1378). Or nous avons vu sur 100 femmes enceintes que 13 seulement ont eu des accidents après des injections prophylactiques, si on peut appeler accidents ces manifestations cutanées bénignes ou ces douleurs passagères si fugaces qu'on a observées. Il nous semble donc qu'on puisse sans crainte appliquer aux femmes enceintes et, à plus forte raison, aux adultes cette pratique si précieuse de prophylaxie. Les craintes de Netter, nous paraissent, elles aussi, exagérées. « Nous n'avons pas le plus souvent pratiqué les injections préventives chez les parents de nos enfants, dit-il. La raison en est tout d'abord que ceux-ci sont moins susceptibles de contracter la diphtérie, qui est ordinairement bénigne à cet âge depuis l'usage des injections de sérum. D'autre part, la réaction provoquée par l'injection est incomparablement plus fréquente et aussi plus vive chez eux. Si le danger est nul, l'incapacité de travail n'est pas négligeable, surtout dans la classe des clients de l'hôpital » (*Presse médicale*, 23 avril 1902, p. 307). Qu'il nous suffise, en effet, de rappeler que les

pensionnaires de l'Asile Michelet suffisent en temps ordinaire au service intérieur (cuisine, balayage, propreté des locaux), et que, après les injections du 8 mars, le service put être fait dans les mêmes conditions. Certaines femmes, nous le répétons encore, ont même caché les accidents qu'elles avaient eus et il a fallu le plus souvent des circonstances étrangères à leur volonté pour qu'on ait pu s'en apercevoir.

Il est un point que nous aurions voulu éclaircir : les injections de sérum antidiphtérique peuvent-elles amener chez les femmes enceintes de l'albuminurie, ou aggraver une albuminurie préexistante ? Nous n'avons pas pu avoir des documents sur ce point. Cependant nous avons su, à l'économat de l'Asile, que la quantité de lait reçue par l'économe était sensiblement la même avant et après les injections préventives du 8 mars. Ce renseignement extra-médical pourrait être utile, et nous le signalons. Il semble qu'il puisse autoriser à croire que si la quantité de lait consommé n'a pas augmenté, le nombre des pensionnaires restant le même, c'est que rien n'avait été changé dans le régime qui leur convenait. Or on sait que le régime lacté absolu ou plus ou moins mitigé est de rigueur chez les femmes enceintes albuminuriques.

Il nous semble donc qu'on soit autorisé à tirer de ce chapitre les conclusions suivantes :

1° Si les injections préventives de sérum antidiphtérique chez les femmes enceintes ont quelquefois des inconvénients, ces inconvénients ne constituent que très rarement des accidents graves ;

2° Lorsque dans une agglomération, dans une famille, même, éclate un cas de diphtérie, il est nécessaire de faire des injections préventives de sérum antidiphtérique à toutes les personnes qui peuvent être en contact avec le malade. Les femmes enceintes ne seront pas exceptées.

Essayons maintenant d'interpréter les résultats que nous avons exposés au point de vue des injections préventives de sérum antidiphtérique chez les nouveau-nés.

Examinons tout d'abord les enfants chez lesquels on a fait une injection de sérum :

Sur 50 enfants dans ces conditions, les accidents du sérum se sont montrés 3 fois (n^{os} 1, 10, 28). Ces accidents ont toujours consisté en des manifestations cutanées. Une fois seulement, elles se sont montrées à la fois à la face, sur l'abdomen et les membres inférieurs ; dans les deux autres cas, les éruptions ont été partielles, localisées seulement au front (n^o 1) ou au tronc (n^o 28).

Les accidents du sérum n'ont donné lieu qu'une seule fois, chez le nouveau-né, à une élévation de température. Encore celle-ci a-t-elle été passagère ; elle a atteint 37°8 le 3^e jour, et 38° le 4^e jour (obs. n^o 28).

La date d'apparition des accidents a été variable mais a oscillé entre 2 et 4 jours. Quant à la durée, elle a été courte, et dans la majorité des cas elle n'a pas excédé 2 jours.

Parmi les enfants qui n'ont pas été injectés on a remarqué 2 fois (n^{os} 56 et 57) des éruptions qui paraissent

bien dues au sérum — ces deux enfants sont nés le même jour, — et le 12^e jour après que l'injection de sérum avait été faite sur les mères. Or immédiatement après la naissance (n° 57) ou 36 heures après (n° 56) on vit apparaître une éruption. Pour l'enfant n° 56, cette éruption « consistait en des taches arrondies dont le centre était formé par une petite vésicule comme dans la varicelle. Quelques-unes de ces taches sur la poitrine étaient réunies les unes aux autres pour former une grande plaque rouge. »

Pour l'enfant n° 57, c'étaient « des taches érythémateuses arrondies sur l'abdomen, le thorax et les membres supérieurs. Il y avait un peu d'œdème au niveau de ces taches. »

Chez ces deux enfants, l'éruption dura 2 jours.

Ils ne furent d'ailleurs que très peu incommodés par ces accidents, et nous voyons que l'enfant n° 57, dont les pesées furent régulièrement faites, sortit 13 jours après sa naissance ayant dépassé le poids de naissance de 130 grammes.

Il semble donc qu'on puisse dire que, les manifestations du sérum se montrant chez un nouveau-né dont la mère a reçu une injection préventive, le nouveau-né participe dans une certaine mesure à cette vaccination. Tout se passerait donc comme dans la vaccination jennérienne qui donne l'immunité contre la variole à l'enfant dont la mère a été vaccinée, et on pourrait prétendre qu'une femme enceinte ayant reçu une injection préventive de sérum antidiphthérique ait acquis de ce fait pour un certain temps, pour

elle et pour son enfant, l'immunité contre la diphtérie.

Mais cela n'est pas encore prouvé, et, jusqu'au moment où cette question sera absolument élucidée, il nous semble que les injections préventives de sérum antidiphtérique peuvent être aussi appliquées aux nouveaux-nés.

L'injection de sérum antidiphtérique est-elle absolument sans inconvénients? « On a accusé le sérum, » écrit Roger (*loc. cit.*), de produire des états anémiques rebelles. Des enfants en ayant reçu à titre préventif seraient restés pendant des mois pâles, chétifs, sujets à présenter, sans causes appréciables, des éruptions furonculeuses. »

Cette considération n'est donc pas à dédaigner, et si ces faits étaient prouvés, combien serait-on répréhensible d'avoir donné à des êtres délicats, tels que les nouveau-nés, de telles chances de mauvais développement!

Examinons donc ce qui se passa à l'Asile Michelet.

Sur 98 enfants qui naquirent, 50 reçurent des injections de sérum antidiphtérique. Sur ces 50 enfants, 16 sortirent n'ayant pas atteint leur poids de naissance. Or, ces enfants sortirent ordinairement le 40^e jour, et on sait qu'un nouveau-né, après avoir diminué de poids d'une façon physiologique du fait de l'élimination du méconium, regagne, ordinairement le 7^e jour, son poids de naissance, et le dépasse rapidement dans les jours qui suivent.

Si donc cette règle est rigoureusement vraie nous voyons que, dans un tiers des cas environ que nous

avons examinés, les enfants arrivèrent au 10^e jour après leur naissance, avec un poids inférieur à celui qu'on avait constaté le premier jour, et on pourrait conclure que le sérum soit la cause de ce fait.

Tout d'abord, en examinant les choses de plus près nous voyons que d'autres facteurs interviennent. Dans trois cas en effet (n^{os} 24, 28, 34), on se rendit compte, en pesant les enfants avant et après les tétées qu'ils ne prenaient au sein de leurs mères qu'une quantité de lait insignifiante. Dès l'instant où on leur donna un supplément de lait, on les vit augmenter plus rapidement.

Dans un cas, la diminution de poids de l'enfant s'explique encore. La mère avait des bouts de sein ombiliqués, et chacun sait les difficultés qu'éprouve un enfant à téter dans ces conditions.

Enfin, dans 6 cas, les enfants ont diminué de poids du fait d'indispositions passagères, non imputables au sérum, comme diarrhée légère, ictère, etc.

Du reste, la règle énoncée plus haut n'est peut-être pas aussi générale qu'on pourrait le croire. Nous avons vu la majorité des enfants observés regagner le 5^e ou le 6^e jour, quelquefois même le 4^e, leur poids de naissance. Il est probable que si nous avions pu suivre les enfants après leur sortie, nous serions arrivés assez près de la moyenne donnée par Marfau (L'Allaitement, 1899, p. 215). C'est en moyenne le 10^e jour qu'il a vu les enfants regagner leur poids de naissance.

Pour les enfants n'ayant pas reçu d'injection de sérum, nous voyons des résultats à peu près sem-

blables, ou même moins bons. Sur 48 enfants dans ces conditions nous voyons, en effet, que 19 n'avaient pas regagné leur poids de naissance à leur sortie.

Mais sur ces 19 enfants, nous voyons que, une fois (n° 86), la grossesse avait été compliquée d'hydramnios, indice de possibilité de syphilis chez les procréateurs; que deux fois l'enfant eut la diarrhée; que deux fois la mère avait les bouts de sein ombiliqués, qu'enfin quatre fois il y eut un certain degré de maladie chez la mère pendant l'allaitement (élévation de température, bronchite, colique hépatique, etc.)

Enfin, il y a une dernière constatation que nous pouvons faire.

Sur 98 enfants, 28 pesaient, à leur naissance, moins de 3,000 grammes et peuvent donc être classés comme des enfants nés avant leur « plein terme », et 70 pesaient plus de 3,000 grammes.

Sur la première série des 28 enfants pesant moins de 3,000 grammes, nous en voyons 11 n'ayant pas regagné leur poids de naissance à leur sortie, soit une proportion de 39 p. 100.

Dans la deuxième série de 70 enfants, pesant plus de 3,000 grammes, 24 n'avaient pas atteint leur poids de naissance à leur sortie, soit une proportion de 34 p. 100.

Il semble donc que les enfants aurent d'autant plus de chances d'avoir un développement meilleur qu'ils seront nés à terme. Bien que cette constatation ne soit pas de notre sujet, elle pourra ne pas être indifférente à ceux qu'intéresse le problème de la puériculture.

CONCLUSIONS

La diphtérie est rare chez les femmes enceintes comme elle est rare chez les adultes en général. La grossesse ne constitue pas une prédisposition à cette maladie. Elle ne l'aggrave pas quand cette grossesse est physiologique. Le travail de l'accouchement sem-avoir une influence néfaste sur l'évolution de la maladie. Il lui donne peut-être un « coup de fouet » et il a peut-être été la cause d'un certain nombre de cas de complications laryngées ou pulmonaires.

De même que la diphtérie expérimentale peut amener l'interruption de la gestation chez les femelles en expérience, de même la diphtérie non traitée par la sérothérapie produit dans quelques cas l'avortement ou l'accouchement prématuré chez les femmes grosses qu'elle atteint. La sérothérapie a considérablement diminué les chances d'interruption de la grossesse.

La diphtérie des suites de couche est ordinairement localisée à la zone génitale, et se développe à la faveur des lésions causées par le travail de l'accouchement. Elle est ordinairement bénigne si la sérothérapie est appliquée. Le traitement local peut suffire dans certains cas. Toutefois la localisation pharyngée a été observée primitivement ou secondairement chez les femmes en état puerpéral. Cette forme n'est ni plus ni moins grave que chez les adultes en général.

La mère peut transmettre la diphtérie à son enfant *in utero*. (Cas de diphtérie congénitale de Polawkoff) Le plus souvent elle ne le fait participer qu'aux toxines élaborées chez elle. Plus la maladie est grave, plus l'enfant est touché.

La mère atteinte de diphtérie ne confère pas l'immunité à son enfant pour cette maladie.

Le traitement de la diphtérie ne comporte dans l'espèce aucune indication spéciale. Le sérum antidiphtérique est ici comme partout le précieux moyen de guérison.

Si la trachéotomie s'impose, il faut faire la trachéotomie, mais il faut se méfier du développement des veines du corps thyroïde : Un cas de mort a été observé par une hémorrhagie secondaire provenant de ces veines dilatées.

A côté des moyens prophylactiques ordinaires employés contre la diphtérie, il faut faire une large place aux injections préventives de sérum antidiphtérique.

Ces injections sont parfaitement légitimes, et rendent de très grands services chez les femmes enceintes et les nouveau-nés.

Vu : Le Président de la thèse,

E. BRISSAUD.

*Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie
de Paris,*

POUE LE VICE-RECTEUR :

L'Inspecteur d'Académie,

L. BOMPART.

Vu : Le Doyen,

DEBOVE.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS (James) : St. Barth. Hosp. Rep. (London 1894, XXX).
- ANDÉRODIAS : Diphthérie et Gravidisme (*Thèse de Bordeaux*). —
Revue mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux
(1900, II, 490-500 ; 575-585).
- ARNOZAN : *Précis de Thérapeutique* (Paris, 1900 ; I, p. 424).
- AVEZOU : Société anatomique (21 janvier 1876).
- BARD : *Lyon Médical* (juin 1890).
- BUMM : *Leitschr. f. Geburtsh. und Gynäk.* (Stuttg. 1895 ; p. 126-136.)
- CARON : Étude sur les injections préventives de sérum antidiphthérique (*Thèse de Paris*, 1901-1902).
- CHAMBRELENT et MICHELEAU : *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux* (17 mai 1903).
- CHANTEMESSE : Société médicale des Hôpitaux (19 juillet 1895).
- DUBOIS : Des injections préventives de sérum antidiphthérique employées systématiquement (*Thèse de Paris*, 1902-1903).
- DUCHENNE DE BOULOGNE : *Traité de l'Électrisation localisée* (2^e édition, Paris 1872).
- DURAND : *Lyon Médical* (juin 1890).
- EHRHARDT et FAVRE : *N. arch. de Gynéc. et d'Obstét.* (Paris 1890 ; p. 416, 467, 532.)
- FAVRE : *Annales de la Société obstétricale de France* (Paris, 1899).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction.	41
Historique.	45
Observations.	49
Chapitre I. — Influence de la grossesse sur la diphtérie.	57
Chapitre II. — Influence de la diphtérie sur la gros- sesse.	75
Chapitre III. — Diphtérie et suites de couches. . . .	85
Chapitre IV. — Influence de la diphtérie maternelle sur le produit de conception.	94
Chapitre V. — Traitement	99
Chapitre VI. — Prophylaxie.	103
Les injections préventives de sérum antidiphtérique chez l'adulte en général, et les femmes enceintes en particulier.	104
Conclusions.	167
Bibliographie.	171

